

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Zdravotně – sociální služby v domově pro seniory ve městě Linz
v Rakousku**

Bakalářská práce

Autor: Křenková Vladimíra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Francová

10.8.2008

Abstrakt

The thesis deals with the level of health and social services provided in a home for the elderly in the town of Linz in Austria and further with the comments on their provision.

In the theoretical part, the basic knowledge and assumptions for the provision of care to the elderly are described along with an analysis of important areas of the problematic of aging and old-age as a phenomenon. I described here also the conditions for providing social services in a particular facility. In the empiric part of this thesis, the research result, the set goals, hypotheses and discussion on the theme related to the problematic of my work are worked out.

The aim of the thesis was to find out the conditions for providing health and social services in the home for the elderly, to find out satisfaction of the clients in the particular facility and opinions of the facility's staff on the quality and extent of the care provided to the elderly.

In connection with the aim of this thesis, hypotheses concerning satisfaction of the clients with the care of own person have been set. Further on, concerning satisfaction with the offer of social-therapeutic services. The third hypothesis related to the staff's opinion on social- therapeutic services in the home.

The last hypothesis was related to satisfaction of the staff with further education of the staff within the home for the elderly. While the first two hypotheses that assumed satisfaction of the clients of the home for the elderly were confirmed, the hypothesis setting up the assumption that the home's staff will evaluate the quality of the social-therapeutic services positively was not confirmed. The last hypothesis that the staff, according to their opinion, has good conditions for further education within the home for the elderly was then also confirmed.

I used quantitative research in my thesis. Questionnaires were chosen as the data collection technique. The questionnaires results are then assessed in the text and in the graphs.

I think that the goal I have chosen in my thesis was fulfilled, according to my opinion and this thesis can be used as a demonstration of care provided to the elderly

abroad. The thesis can be also used as inspirational material for the social care providers for the elderly in this country.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Zdravotně – sociální služby v domově pro seniory ve městě Linz v Rakousku, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Haně Francové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování této bakalářské práce.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav	10
1.1 Stárnutí a stáří.....	10
1.1.1 Funkční a kalendářní věk.....	10
1.1.2 Podpora zdraví seniorů.....	11
1.1.3 Zohlednění práv a potřeb seniorů v ústavní péči.....	12
1.2 Demografický vývoj.....	12
1.2.1 Demografický vývoj v Horním Rakousku.....	13
1.2.2 Budoucí vývoj potřeb v Horním Rakousku.....	16
1.3 Sociální zabezpečení v Rakousku.....	17
1.3.1 Poskytování zdravotně sociálních služeb v rámci dané legislativy.....	17
1.3.2 Specifika sociálních služeb v Horním Rakousku.....	18
1.3.3 Úhrada za pobyt a péči.....	18
1.3.4 Příspěvek na péči.....	19
1.3.5 Kritéria pro přijetí do domova.....	20
1.3.6 Zastoupenost ošetřovatelského personálu.....	21
1.3.7 Standardy kvality sociálních služeb.....	22
1.4 Domov pro seniory v Linzi.....	23
1.4.1 Domov pro seniory.....	24
1.4.2 Respitní péče.....	24
1.4.3 Chráněné bydlení.....	25
1.4.4 Základní poskytované služby.....	26
1.4.5 Hlavní body ošetřovatelské péče.....	26
2. Cíl práce a hypotézy	28
2.1 Cíle práce.....	28
2.2 Hypotézy.....	28
3. Metodika	29
3.1 Použité metody výzkumu.....	29

3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4. Výsledky.....	30
4.1 Vyhodnocení dotazníků pro seniory.....	30
4.2 Vyhodnocení dotazníků pro personál.....	37
5. Diskuse.....	44
6. Závěr.....	51
7. Seznam použitých zdrojů.....	54
8. Klíčová slova.....	58
9. Přílohy.....	59

Úvod

Téma této práce jsem si zvolila z vícero důvodů. Jedním z nich byl ten, že jsem v minulosti již získala konkrétní zkušenosti s poskytováním odborné péče seniorům ubytovaných v domově pro seniory v Rakousku, neboť jsem tam dva roky pracovala. Dalším důvodem, proč se zabývám problematikou poskytování péče seniorům, je skutečnost, že fenoménem posledních let je prokazatelný nárůst věku dožití u starých lidí. Tato problematika je však velmi ožehavá, neboť kvalita a úroveň, jakož i společenské povědomí o poskytování péče a dalších socioterapeutických služeb seniorům stojí jakoby na okraji zájmu současné společnosti. Ta klade důraz především na produktivní věk a s tím spojené činnosti, přičemž se nedostatečně věnuje (zejména v oblasti informací ale i samotných koncepčních řešení) tomuto okruhu, ačkoli naprostá většina populace se dožívá a bude dožívat vysokého věku, kdy kvalita života v tomto období může být zajišťována ve většině případů jedině za pomoci dalších osob a specializovaných zařízení. Třetím důvodem zaměření mé práce je to, že by mělo být přínosné zjištění, jakou formou a na jaké úrovni je poskytována péče seniorům v zahraničí, konkrétně v sousední zemi, která je nám geograficky ale i velikostí populace blízka.

Cílem této práce bylo zjištění rozsahu a kvality poskytovaných služeb v konkrétním zařízení a to v domově pro seniory v Linzi, v Rakousku. Výchoziskem a metodou pro zhodnocení úrovně poskytovaných služeb bylo zjištění jednak názorů samotných seniorů, na jim poskytovanou péči a jednak názoru personálu pracujícího v domově pro seniory. Jistě nelze podceňovat technickou a materiální úroveň vybavení a zázemí takového zařízení, ale míra kvality poskytované péče se především odvíjí od kvality práce a přístupu odborného personálu k seniorům.

Konkrétní domov pro seniory v Linzi, kde jsem úroveň a rozsah poskytovaných služeb seniorům zkoumala, je jedním z osmi domovů pro seniory zřizovaných magistrátem města Linz a lze jej považovat za vhodné modelové zařízení. Výsledky, které jsem zjistila níže popsányými metodami, tak lze podle mého názoru vztáhnout na úroveň poskytované péče seniorům v Rakousku obecně.

Zlepšování sociální a zdravotní péče pro seniory by měla být, dle mého názoru, jednou z hlavních priorit dnešní společnosti, tak aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané. Tato práce by chtěla alespoň částečně tomuto cíli napomoci.

1. Současný stav

1.1. Stárnutí a stáří

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince (21). Stárnutí je velmi složitý multifaktoriální proces, ve kterém se vzájemně prolínají individuální genetické podmínky s faktory zevního prostředí. Jde o změny ve všech třech složkách bio-psycho-sociální a spirituální jednoty člověka.

Stářím potom označujeme výsledný stav, který vznikl procesem stárnutí. Vyzrálé, jasné stáří má své typické vnější poznávací znaky. Nelze je zakrýt ani přehlédnout. Odborně vyzrálým stářím (seniem) rozumíme kategorii tzv. pokročilého neboli stařeckého věku, tj. 75-89 let. Lidé této věkové kategorie zpravidla již vykazují snížení fyzických a psychických sil. Jejich zevnějšek prodělal řadu změn a stáří se stalo čitelné ve tváři, v gestech, v chůzi (12).

Avšak normálním stavem i ve stáří je stav dobré fyzické i duševní kondice a s tím související schopnost vést plný, kvalitní a nezávislý život. Z toho je třeba vycházet při jakémkoli uvažování o zdravotních a sociálních potřebách starších lidí. Cílem všech služeb a veškerých opatření by mělo být orientování na zlepšení zdravotního stavu seniorů, jejich soběstačnosti a kvality jejich života (14).

1.1.1 Funkční a kalendářní věk

V procesu stárnutí se vyskytují velké individuální rozdíly, přesto však musí být určeno přesné ohraničení věku pro praxi, kdy bude člověk považován za starého. Kalendářní věk je určen datem narození a tím je dána jeho jednoznačnost. Vycházejí z něj pak různé konvence o stárnutí a stáří. Nejčastěji se užívá věková kategorizace doporučená Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Opírá se o tzv. patnáctileté periody lidského života. Střední věk je určen ve věku od 45 – 59let. Vyšší věk nebo také starší věk, rané stáří či mladší stáří je od 60 – 74let. Věk mezi 75 – 89 rokem života je

označován jako stařecký věk, pokročilý věk, pravé stáří nebo také senium. 90let a výše je označováno za dlouhověkost.

Věk funkční odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka a často se neshoduje s věkem kalendářním. Je to souhrn charakteristik biologických, psychologických a sociálních. Biologický věk je podmíněn důsledkem geneticky řízeného programu biologického stárnutí, především involučních fyziologických dějů, celoživotním působením zevního prostředí, způsobem života a chorobnými situacemi. Psychologický věk je podmíněn mnoha faktory, především přirozenými funkčními změnami v průběhu stárnutí, individuálními osobnostními rysy a reakcí jedince na stáří. Sociální věk zahrnuje rozmanité stránky sociálního života člověka (28). Někdy bývá také uváděn tzv. psychosociální čas, který je identický se sociálněhistorickým osudem člověka a může být považován v jistém smyslu za nejpřesnější. Rozhodující a pro praktický život určující je tzv. skutečný věk člověka, který odpovídá věku funkčnímu. Obecně by se dalo také říct, že člověk je starý tak, jak staře se cítí (12).

1.1.2 Podpora zdraví seniorů

V květnu roku 2000 navrhla Evropská komise novou strategii pro veřejné zdraví. Občané v každé členské zemi by měli mít k dispozici dostatek informací o zdraví, jeho podpoře, faktorech, které je ovlivňují, ale také o zdravotnictví a jeho službách.

Negativní postoje vůči stárnutí mezi lidmi všech věkových skupin a představa, že staří lidé nemohou mít prospěch z podpory zdraví, musí i naše společnost překonat. Staří lidé nesmějí být vylučováni z programu podpory zdraví a z programu prevence. Mezi základní cíle podpory zdraví seniorů patří zachování dobré kvality života, zmírnění důsledků choroby a zdravotního postižení, zlepšení soběstačnosti a aktivní účast v životě celé společnosti. Pokud budou starší lidé zdravější, budou moci více společnosti pomáhat a přinášet jí významné hodnoty (14).

1.1.3 Zohlednění práv a potřeb seniorů v ústavní péči

Při plánování a poskytování sociálních služeb pro seniory musíme přihlédnout k individuálním potřebám seniorů a stanovit nutnou míru péče a podpory ve chvíli, kdy to tito uživatelé potřebují. U osob nad 75 let věku vzrůstá poptávka po sociálních službách spojená s postupně se objevující se závislostí na pomoci druhé osoby. Potřeba péče a podpory nepřichází pouze z důvodu somatického nebo psychického onemocnění, ale také ze sociálních a ekonomických dopadů postproduktivního věku. Je často velmi těžké realizovat skutečnou individuální péči a plnit veškerá přání a potřeby klientů, žijících ve velkých ústavních zařízeních (25).

Dle zásad OSN přijatých Valným shromážděním dne 16. prosince 1991 by senioři měli mít možnost k využití odpovídající úrovně institucionální péče, která jim je schopna zajistit ochranu, rehabilitaci, sociální a duševní stimulaci v humánním a bezpečném prostředí. Prostor, který je přizpůsobitelný osobním preferencím a měnícím se schopnostem. Musí jim být umožněno požívat lidských práv a základních svobod, ať žijí v jakémkoli obydlí, zařízení sociální péče nebo léčebném zařízení, což zahrnuje i respektování jejich důstojnosti, víry, potřeb a soukromí. Mají právo činit rozhodnutí o péči o ně a o kvalitě jejich života. Měli by mít přístup ke vzdělávacím, kulturním, duchovním a rekreačním zdrojům. Žít v důstojnosti, kde není využíváno jejich závislosti. Mají nárok na dobré a šetrné zacházení (31).

1.2 Demografický vývoj

Pokud se podíváme na výsledky demografických výzkumů, je nám jasné, že starých lidí v naší společnosti přibývá. Délka kvality lidského života se stále prodlužuje. Důležitými faktory v této situaci je výrazné zlepšení životních podmínek, jako jsou: strava, bydlení, zdravý životní styl, sociální jistoty, vývoj medicíny a zdravotních a léčebných prostředků. Důležitou roli při vzniku této situace nezaujímá nejen to, že délka lidského života se prodlužuje, ale v posledních letech se snížila i porodnost. Dalším důležitým faktorem při vzniku této situace je i velká migrace obyvatelstva (16).

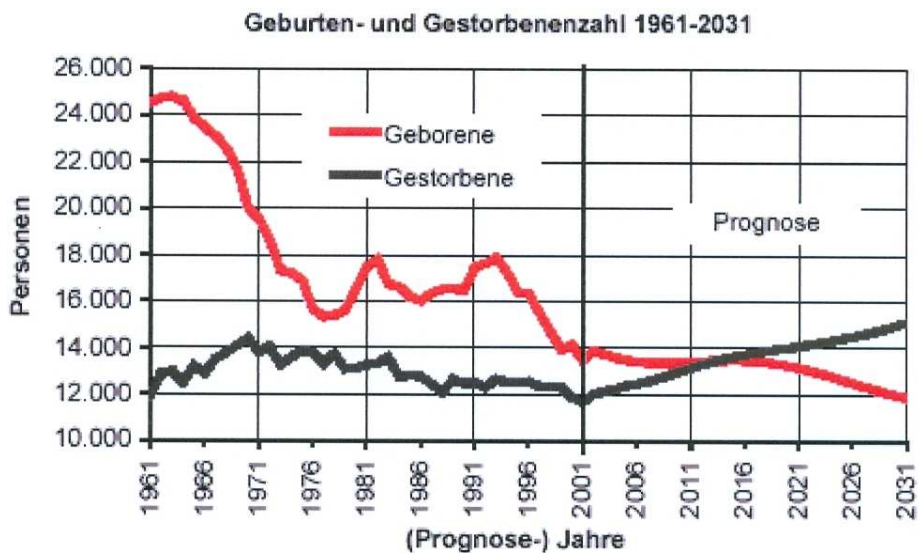
V roce 2002 se konalo v Madridu Druhé světové shromáždění o stárnutí lidstva,

které organizovala OSN ve spolupráci se španělskou vládou. Tato konference navázala na závěry konference ve Vídni v roce 1982 (29). Mezinárodní akční plán ve Vídni byl prvním nástrojem pro problematiku stárnutí, který ovlivňoval myšlenky a formulace politiky pro problematiku stárnutí. Jeho cílem je posílit schopnosti států a občanské společnosti, aby mohli účinně řešit stárnutí populace, využít rozvojového potenciálu seniorů, reagovat na jejich potřeby a postarat se o jejich zabezpečení. Akční plán byl zaměřen výhradně na nejrozvinutější země světa, kde se stárnutí obyvatelstva projevovalo jako závažný problém. Postupem doby se však tento problém začal dotýkat i zemí rozvojových a lze očekávat, že ve 21. století se stárnutí stane jedním z nejdůležitějších globálních problémů, který zasáhne všechny úrovně života. V Madridu byl pak přijat Mezinárodní akční plán, který se více orientuje na země rozvojové, nebo také státy s přechodovou ekonomikou (31).

1.2.1 Demografický vývoj v Horním Rakousku

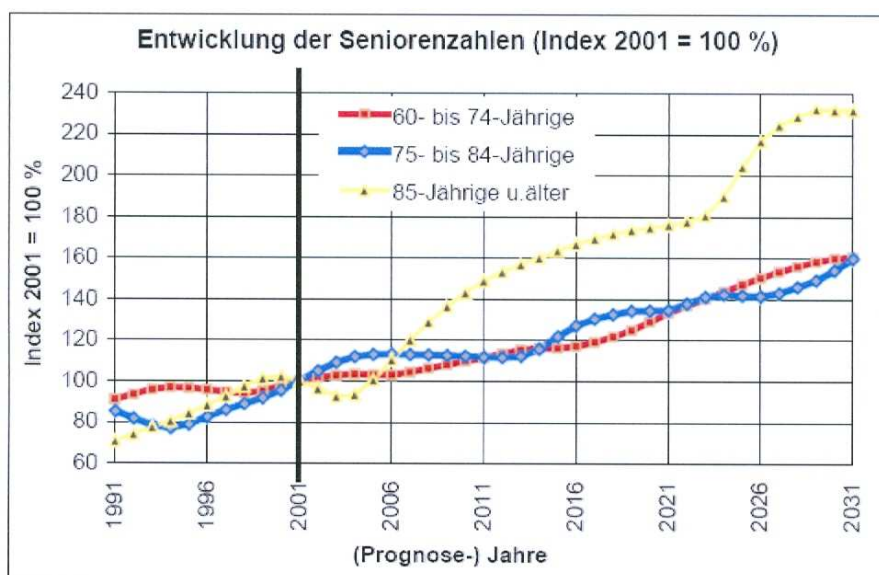
Počet dětí a mladistvých v Horním Rakousku rapidně klesá. V roce 2006 bude v Horním Rakousku lidí do 20 let o 53000 méně než v roce 2001. Počet starších lidí naopak stále vzrůstá. Lidí starších 60 let přibude do roku 2016 o 65000 a v roce 2031 o dalších 118000. Počet lidí starších 85 let se přibližně za 30let zvýší z dnešních 21000 na 48000. Průměrný věk obyvatelstva v Horním Rakousku vzrůstá od roku 1971 do roku 2001 z 33,8 let na 38,7 let a do roku 2016 se počítá se vzrůstem na 42,3 let a do roku 2031 na 45,3 let (11).

Graf 1: Vývoj počtu narozených (**Geborene**) a zemřelých (**Gestorbene**) v Horním Rakousku od roku 1961 do současnosti a prognóza do roku 2031.



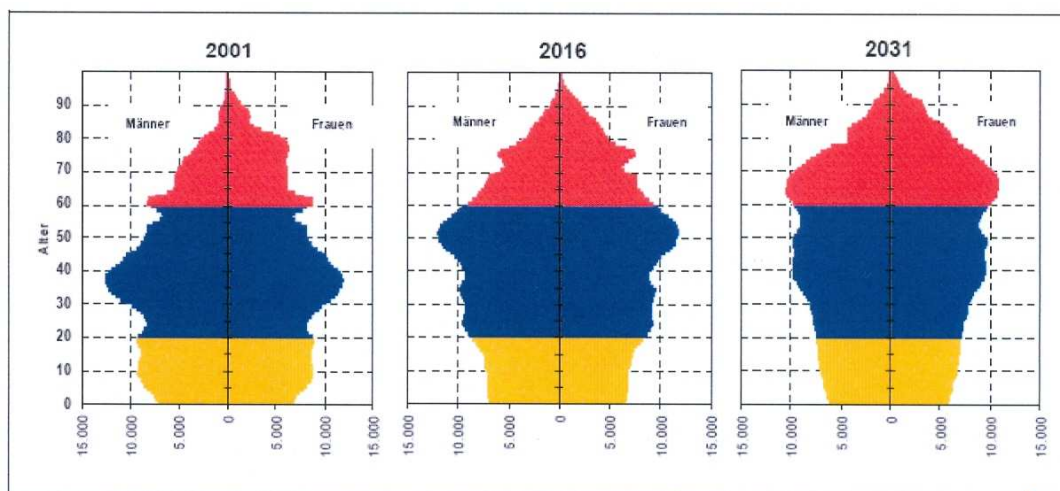
Zdroj: (32).

Graf 2: Prognóza vývoje procentuálního nárůstu počtu seniorů v Horním Rakousku v porovnání se stavem v roce 2001 (stav v roce 2001 = 100%).



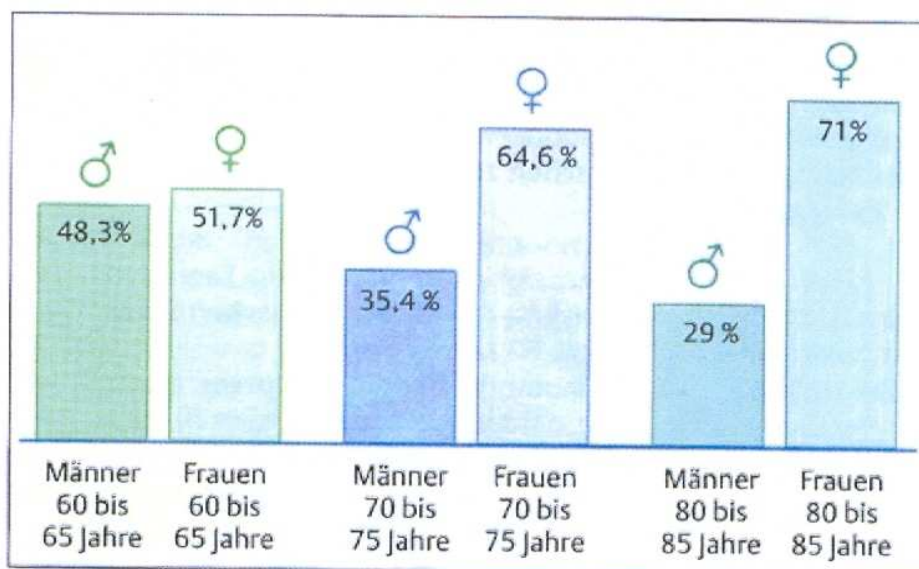
Zdroj: (32).

Graf 3: Struktura obyvatelstva podle věku a pohlaví v Horním Rakousku (muži – Männer, ženy – Frauen).



Zdroj: (32).

Graf 4: Procentuální rozdělení dle pohlaví u osob starších šedesáti let v Horním Rakousku (muži – Männer, ženy – Frauen).

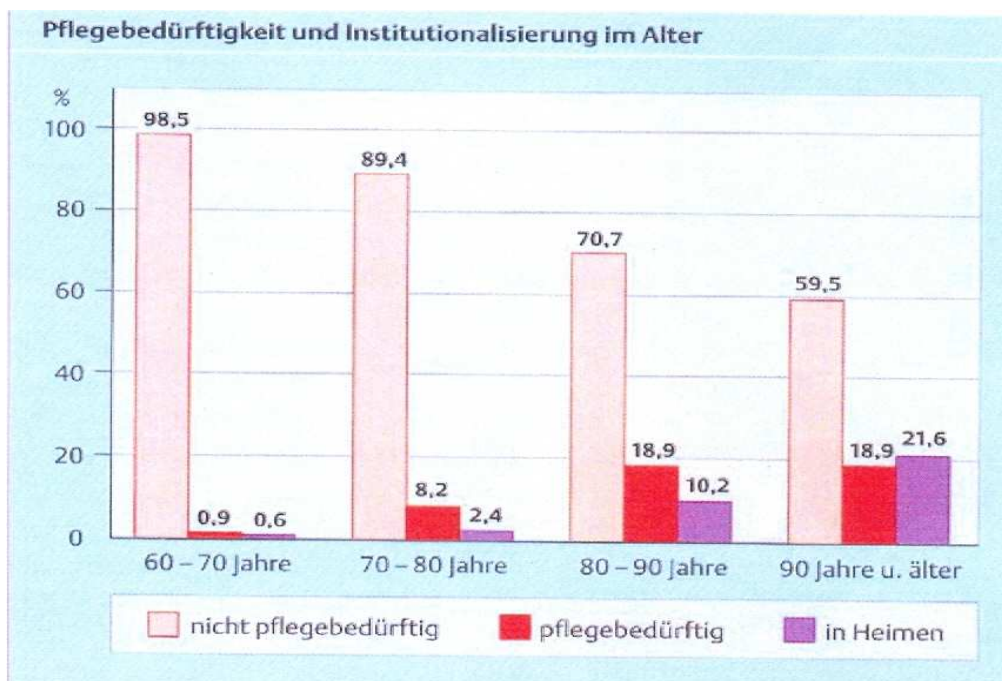


Zdroj: (32).

1.2.2 Budoucí vývoj potřeb v Horním Rakousku

V současné době existuje v Horním Rakousku 115 pečovatelských domů pro seniory s celkem 11 137 místy v domovech. Tento počet se enormně zvýšil na základě zákonných rámcových podmínek, demografického vývoje, malých rodin, domácností obývaných jednou osobou, medicínského pokroku atd. Podle plánu potřeb a vývoje na rok 2005 vzroste počet míst v pečovatelských domovech pro seniory do roku 2010 na 14 042 popř. do roku 2015 na 15 244, aby byla uspokojena nadcházející situace v ústavní péči. Z výše uvedených informací můžeme dokázat, že s přibývajícím věkem vzrůstá množství lidí, kteří jsou závislí na péči jiné osoby a odcházejí do domovů pro seniory či jiných zařízení (11).

Graf 5: Potřeba péče a institucionalizace ve stáří k roku 2005 v Horním Rakousku (růžový sloupec – osoby bez potřeby péče, červený sloupec – osoby vyžadující péči, fialový sloupec – osoby v institucionalizované péči).



Zdroj: (11).

1.3 Sociální zabezpečení v Rakousku

Právní úprava systému sociálních služeb je součástí národního právního řádu. Legislativní zakotvení sociálních služeb se vyvíjelo spolu s vývojem sociálního státu a s jeho právním zakotvením. V Rakousku je užíván model sociálního státu, tzv. korporativní model. Je značně ovlivněn střední třídou a rozvinul se díky snaze o udržení sociálně demokratického dělnického hnutí pod státní kontrolou.

V polovině devadesátých let minulého století byly v oblasti sociálních služeb provedeny významné změny. Zde byl jako čtvrtý pilíř sociální ochrany zaveden systém pojištění na péči. Je to povinný systém, což znamená, že se do něj povinně platí pojistné. Vybrané prostředky spravují nemocenské pokladny, jež jsou pro účely pojištění na péči nazvány pečovatelské pokladny. Tyto subjekty spravují vybrané prostředky a zároveň rozdělují prostředky ve formě dávek těm, kdo je momentálně potřebují. Dávka ze systému pojištění na péči se přiznává na základě účasti na pojištění, posouzení zdravotního stavu lékařem a posouzení sociální potřeby sociálním pracovníkem (23). V současné době se tedy sociální politika v Rakousku, zejména v oblasti sociálního zabezpečení, realizuje prostřednictvím celé řady sociálních programů. Jádrem je klasické sociální pojištění, zahrnující zejména jeho čtyři obligatorní součásti: důchodové pojištění, nemocenské pojištění, úrazové pojištění a pojištění pro případ nezaměstnanosti (26). Na toto základní sociální zabezpečení navazuje oblast státní sociální podpory „Sozialhilfe“. Jde o sociální dávky občanům, kteří potřebují pomoc v nouzi. Jsou to příspěvky na péči, příspěvky na bydlení a rodinné příspěvky. Dále mohou být lidé, pobírající některou z dávek sociální pomoci, osvobozeni od poplatků, mohou využívat slevy, mají nárok na náhradu určitých výkonů a platí pro ně zvláštní daňové odpisy (15).

1.3.1 Poskytování zdravotně sociálních služeb v rámci dané legislativy

Péče o seniory je v Rakousku upravena na celostátní úrovni spolkovými zákony. Jednotlivé spolkové země mají pak pravomoc upravit příslušnou oblast svými

zemskými zákony. Mezi Rakouskými spolkovými zákony je pro tuto oblast potřeba uvést především následující:

- Všeobecný občanský zákoník (ABGB) (kde jsou v § 12 zakotvena základní práva na svobodu a práva pacientů)
- Dohoda o zajištění práv pacientů LGBI č. 89/2001-79
- Zákon o smluvních vztazích domovů (HeimVG) z roku 2004
- Zákon o pobytu v domovech (HeimAufG) z roku 2005
- Spolkový zákon o pečovatelských příspěvcích (BPGG) z roku 1993
- Zákon o ochraně zdraví a zdravotní péči (GuKG) z roku 1997
- Všeobecný zákon o sociálním pojištění (ASVG) z roku 1995
- Zákon o pečovatelském zastoupení z roku 2005

Zákonným základem pro oblast působnosti profesní péče v ústavních zařízeních pro péči o seniory je Zákon o ochraně zdraví a zdravotní péče (5).

1.3.2 Specifika sociálních služeb v Horním Rakousku

Pro celou oblast pečovatelsví a péče o seniory v Horním Rakousku je kompetentní sociální rezort Hornorakouské zemské vlády. V pravidelných intervalech je sestavován plán potřeb a vývoje pro oblast pečovatelsví a péče o seniory. Na základě tohoto plánu se výhledově tvoří vývoj péče o seniory v Horním Rakousku. K hornorakouským zemským zákonům pro tuto oblast náleží:

- Hornorakouský zákon o sociální podpoře (SHG) z roku 1998
- Hornorakouská vyhláška o pečovatelských domovech pro seniory (APHVO) z roku 1996
- Zemský zákon o pečovatelských příspěvcích (5).

1.3.3 Úhrada za pobyt a péči

Zařízení ústavní péče pro seniory jsou v Horním Rakousku mimo jiné financována sociální podporou státu. Sociální podpora zcela přejímá náklady ústavního

pobytu v domovech pro seniory, popř. zajišťuje úhradu chybějící částky, není-li občan schopen zaplatit pobyt v domově pro seniory ze svých vlastních příjmů.

Denní sazba za místo v domově je závazně definována pevně stanovenou částkou nocležného (za jednolůžkový pokoj zaplatí klient cca 65 eur a za dvoulůžkový pokoj cca 57 eur), která je hrazena z 80% ze starobního důchodu včetně sociální podpory (veřejné prostředky ze státu, měst a obcí) klienta. Avšak 13. a 14. důchod a 20% z měsíčního starobního důchodu zůstává klientovi jako kapesné pro vlastní potřebu. Dále pak klient odevzdá 80% ze schváleného příspěvku na péči (22).

Financování provádí buď klient domova sám (samoplátce) nebo v případě nároku na sociální podporu se pobyt financuje z penzijního pojištění. Možnost podílet se na financování pobytu seniora v domově má také jeho rodina. Stát má nárok na příspěvek od rodiny v tom případě, pokud starý člověk v průběhu posledních pěti let před odchodem do domova odkázal část ze svého majetku někomu z rodiny. Stát má také právo kontrolovat výši úspor seniora, který pobírá některý z příspěvků státní sociální podpory. Pokud výše úspor seniora přesáhne částku 7.700 euro odchází přebytek z účtu seniora automaticky státu (37).

1.3.4 Příspěvek na péči

Dne 1. 7. 1993 vstoupil v celém Rakousku v platnost zákon o poskytování příspěvku na péči (5).

Nárok na tento příspěvek má každý rakouský občan pokud se stane osobou závislou na pomoci jiné fyzické osoby. S touto částkou může člověk disponovat dle svého uvážení, tak aby si zajistil co nejhodnější péči odpovídající jeho potřebám. Za tyto peníze si „koupí“ potřebné služby. Příspěvek je vyplácen měsíčně (22). Stejně jako v České republice, poskytuje se příspěvek osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci zejména prostřednictvím služeb sociální péče (31).

Stupeň závislosti osoby na pomoci jiné fyzické osoby se stanovuje v sedmi stupních. Výše příspěvku se určuje dle počtu hodin v měsíci, kdy je člověk závislý na

pomoci druhé osoby. Příspěvek na péči je rozdělen do 7 stupňů. Stupně č. 6 a č. 7 jsou rozlišovány dle závažnosti postižení a potřeb seniora (22).

Tabulka 1: Výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc

Stupeň závislosti	Počet hodin v měsíci	Výše příspěvku za kalendářní měsíc
Stupeň č. 1	Více než 50 hodin	148,3 €
Stupeň č. 2	Více než 75 hodin	273,4 €
Stupeň č. 3	Více než 120 hodin	421,8 €
Stupeň č. 4	Více než 160 hodin	632,7 €
Stupeň č. 5	Více než 180 hodin	859,3 €
Stupeň č. 6	Více než 180 hodin	1171,7 €
Stupeň č. 7	Více než 180 hodin	1562,1 €

Zdroj: (5).

1.3.5 Kritéria pro přijetí do domova

V Linzi existuje od roku 2003 jednotný postup objektivizace. Zájemce o místo v některém z domovů pro seniory musí zkontaktovat sociální poradnu „Kompas“. Zde odpovědný diplomovaný sociální pracovník posoudí naléhavost žádosti. Posuzuje se zdravotní, sociální a ekonomická situace žadatele. Zjišťuje se, jak vysoké jsou náklady na péči a ošetřování a do jaké míry tuto potřebu může pokrývat mobilní péče. V situaci, kdy seniorovi nemůžou být zajištěny veškeré jeho potřeby ve vlastním prostředí, je zařazen do pořadníku mezi žadatele o místo do domova. Složky s posouzením se stále připravují, vždy jakmile se změní náklady na ošetřování. Je-li za potřebí opatrování 24 hodin denně, zařadí se senior do nejvyššího stupně naléhavosti. Minimální požadavek pro přijetí seniora do domova je 120 hodin péče v měsíci, tedy stupeň č. 3 příspěvku na péči.

Údaje o zdravotním stavu, sociální a ekonomické situaci seniora zpracovává speciální počítačový program. Každému lineckému domovu pro seniory je tento seznam

zasílán elektronickou poštou. Při možnosti poskytnutí ubytování seniora do domova, zkontaktuje tento domov Magistrát města Linz. Magistrát města Linz pak zprostředkuje první kontakt klienta s domovem. S přijetím do domova musí senior či jeho zákonný zástupce souhlasit (22).

1.3.6 Zastoupenost ošetrovatelského personálu

Výpočet (minimálního) počtu personálu v domově se stanoví podle „Hornorakouské vyhlášky o domovech pro seniory“. Zákonným základem pro působnost zdravotnického a ošetrovatelského personálu v zařízeních pro seniory je zákon o ochraně zdraví a zdravotní péči. Výpočet pro minimální počet pečovatelského personálu se provádí podle počtu obyvatel domova a podle příslušné potřeby péče (hodnotí se dle výše příspěvku na péči).

Odborně kvalifikovaný personál pro domov se předepisuje procentuálně. Z 20% je personál tvořen diplomovaným zdravotnickým a pečovatelským personálem a z 80% pečovateli o seniory popř. jejich pomocníky. Tento požadavek udává profesionální celek ošetrovatelského personálu v jednom pečovatelském domě pro seniory.

Ošetrovatelský personál pro bezprostřední pomoc a péči o obyvatele smí vykonávat jen takové osoby, které

- 1.) vlastní diplom pro ošetrování nemocných podle zákona o zdravotnické péči
- 2.) mají oprávnění k provádění povolání pečovatele o seniory dle hornorakouského zákona o péči o seniory
- 3.) mají oprávnění k provádění povolání odborného pečovatele o seniory dle hornorakouského zákona o péči o seniory (5).

Složení pečovatelského personálu má být následující:

- 20% zaměstnaneckých jednotek uvedených v bodě č. 1.)
- 50% zaměstnaneckých jednotek uvedených v bodě č. 2.)
- 30% zaměstnaneckých jednotek uvedených v bodě č. 3.)

Počet seniorů připadajících na jednoho pracovníka domova je určen s ohledem na jeho potřeby vyjádřené výší příspěvku na péči, který senior pobírá následovně:

Tabulka 2: Zastoupenost personálu vzhledem k výši příspěvku na péči

Stupeň závislosti na péči	Počet personálu	Počet klientů
Nepobírá příspěvek	1	24
Stupeň č. 1	1	12
Stupeň č. 2	1	7,5
Stupeň č. 3	1	4
Stupeň č. 4	1	2,5
Stupeň č. 5	1	2
Stupeň č. 6	1	1,5
Stupeň č. 7	1	1,5

Zdroj: (5).

1.3.7 Standardy kvality sociálních služeb

Kvalitu služby je možné garantovat tím, že bude prověřena podle předem definovaných parametrů. Standardy jsou formulovány poskytovateli péče spolu se zřizovateli služeb a s klienty (23). Standard lze pro tuto oblast definovat jako normu požadované úrovně kvality sociální služby, jejíž dosažení je prokazatelně ověřitelné. Stejně jako u nás, tak i v Rakousku, se standardy týkají všech sociálních služeb, a proto jsou formulovány obecně. Jsou rozděleny do třech kategorií: procedurální standardy, personální standardy a provozní standardy. Hlavní význam Standardů spočívá v tom, že jejich prostřednictvím jsou požadavky formulovány tak, aby odpovídaly tomu, co lidé očekávají od dobrých, užitečných sociálních služeb. Umožnit lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, aby se mohli vymanit ze sociálního vyloučení, využít přirozených zdrojů lidské společnosti a žít ve svém přirozeném prostředí, pokud to situace dovoluje. Je to soubor měřitelných a ověřitelných kritérií, jejichž smyslem je umožnit a posoudit průkazným způsobem kvalitu poskytované služby. Popisují tedy, jak

má vypadat kvalitní sociální služba (19), (31).

Klíčovým principem, který je nutno dodržet při poskytování služeb dle standardů, je zachování lidské důstojnosti. Musí být brán ohled na názory a rozhodnutí uživatelů. Mezi důležité požadavky, které jsou kladeny na poskytovatele služeb, je ochrana lidských a občanských práv. Standardy zdůrazňují rovnoprávné postavení mezi uživatelem a poskytovatelem služby. Zařízení, které služby poskytuje musí dbát na řádné poskytnutí informací a musí být vždy uzavřena dohoda mezi uživatelem a poskytovatelem. Služby, které jsou poskytovány musejí být řádně vydefinovány. Je důležité přesně určit, kde jsou služby poskytovány, jaké služby jsou poskytovány, jaké jsou cíle služby a na jakou cílovou skupinu jsou zaměřeny. Služby by měly být poskytovány na základě stanoveného osobního cíle uživatele. Zde musí však být bráno v potaz, že potřeby uživatele se mohou v průběhu času měnit. Musejí být vytvořeny takové podmínky, aby se sám uživatel mohl aktivně účastnit na plánování služeb. Co se odbornosti poskytovaných služeb týče, musí poskytovatel zajistit dostatek kvalifikovaného personálu a jeho možnou spolupráci s dalšími odborníky a institucemi. Dále je zřizovatel povinen umožnit personálu další vzdělávání v oboru, ve kterém personál pracuje. Umožnit svým pracovníkům dobré pracovní podmínky, a také jejich přesné určení. Poskytnutí odborné pomoci a tím tak podpořit rozvoj kvality služeb. Standardy také určují podmínky, aby služby byly poskytovány tak, aby nebylo ohroženo bezpečí klientů. V souvislosti s tím je také kladen velký důraz na vnitřní pravidla v ústavních zařízeních (19).

Standardy zvyšují svobodu uživatelů služeb a posilují jejich postavení. Ovlivňují podmínky činnosti organizací tak, aby bylo jasné proč a za jakým účelem existují. Díky dobře definovaným postupům mohou vznikat procesy hodnocení, které určují jak jsou cíle naplňovány (10).

1.4 Domov pro seniory v Linzi

Ústavní péče o seniory je realizována v domovech pro seniory. Jedná se o zařízení, ve kterých je lidem poskytnuto ubytování, strava, potřebná péče a pomoc

převážně na základě jejich stavu vyžadující péči a pomoc, který je podmíněn stářím (15).

Domov pro seniory „Spallerhof“ byl uveden do provozu v květnu roku 2000. Je jedním z osmi domovů zřizovaných Magistrátem města Linz. Je zde 128 míst pro klienty domova. Klientům jsou zde poskytovány možnosti ubytování v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích. Domov poskytuje čtyři místa klientům se zájmem o respitní péči a osmáct bytů chráněného bydlení (viz níže).

1.4.1 Domov pro seniory

Domovy pro seniory jsou zařízení, která jsou určena pro občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být adekvátně zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče, a dále pro staré občany kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů. Nemohou však být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení (35).

V domovech pro seniory mohou být zřizována samostatná ošetřovatelská oddělení pro ošetřování osob upoutaných na lůžko či vyžadujících jinou náročnou ošetřovatelskou péči. Tou se rozumí pravidelná pomoc při hlavních nebo všech životních úkonech. Jde především o zdravotní stav odpovídající převážně nebo úplné bezmoci (18).

1.4.2 Repitní péče

Respitní péče je jedním z mnoha řešení a může pečovatелům podstatně pomoci a tím umožnit, aby nemocný mohl zůstat co nejdéle ve známém a blízkém domácím prostředí. Hovoříme o tzv. „péči o pečující“. Na základě empirických šetření lze doložit, že u pečujících, kteří dlouhodobě pečují o své rodinné příslušníky, se projevuje negativní efekt pečování. Mají často zdravotní potíže, problémy v oblasti psychického

zdraví a v sociální oblasti (29).

Respitní péče je tedy určena osobám, kterým je z důvodu věku či zdravotních důvodů poskytována celodenní péče v jejich přirozeném prostředí nebo v prostředí osoby blízké. Cílem respitní péče je zajistit péči osobě, která z důvodů svého věku nebo ze zdravotních důvodů tuto péči potřebuje, a poskytnout tak osobě o postiženého obvykle pečující čas k odpočinku, případně k zajištění jiných záležitostí (20).

V domově pro seniory v Linzi je doba pobytu klienta, kterému je respitní péče v domově poskytována pevně stanovena. Jedná se o minimální dobu pobytu jednoho dne a maximální možná doba pobytu je šest týdnů.

1.4.3 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je komplexní residenční služba poskytovaná klientům, kteří jsou dlouhodobě sociálně znevýhodněni v důsledku svého vysokého věku nebo zdravotního stavu, a proto nemohou nebo nechtějí žít zcela samostatně. S různou mírou podpory však mohou vést pohodlný život, a v nejvyšší možné míře obstarávat chod domácnosti (20).

Chráněné bydlení je součástí domova pro seniory v Linzi. Je to pobytová služba poskytovaná osobám, kteří mají sníženou soběstačnost a jejich stáří nebo zdravotní stav jim nedovoluje být nadále ve vlastním sociálním prostředí z důvodu nezajištění pravidelné pomoci jiné fyzické osoby, neboť nemají nikoho ve svém blízkém okolí, kdo by jim pomáhal vzniklou nepříznivou situaci řešit. Chráněné bydlení má formu individuálního bydlení, které má znaky samostatného bydlení v domácnosti a poskytuje pobytové sociální služby osobám, které splňují dané požadavky (22). Těmi jsou pak v domově pro seniory v Linzi:

- osoba starší sedmdesáti let či
- osoba starší šedesáti let a byl jí přiznán příspěvek na péči ve vyšší stupně č. 3 a více.

1.4.4 Základní poskytované služby

Cílem poskytovaných služeb pro seniory je podpora rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele a zajištění podmínek pro důstojný a aktivní život.

Poskytované služby v domově pro seniory jsou zejména:

- příprava a zařízení pokoje při přijetí seniora do domova
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- praní a žehlení prádla
- přítomnost lékaře v domě
- poskytnutí lékařských a léčebných služeb
- opatření léků a jiných léčebných prostředků
- odpovídající ošetrovatelská péče
- psychosociální péče
- duchovní péče
- oslavy svátků a ročních období
- sociální poradenství
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí
- socioterapeutické činnosti – tyto činnosti jsou určeny jednotlivci i skupině (31).

1.4.5 Hlavní body ošetrovatelské péče

Bazální stimulace patří v zemích Evropské Unie k uznávaným a aplikovaným konceptům. Pro většinu klientů ústavů sociální péče, pacientů v nemocnicích, obyvatel domovů pro seniory a jiných zařízení je tento koncept již zcela neodmyslitelnou součástí jejich života (8).

Koncept bazální stimulace je formou péče, která podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Koncept bazální stimulace umožňuje lidem se změnami v těchto třech oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Bazální stimulace je koncept péče a opatrování, který na základě stimulace smyslu usiluje o to, aby byl podporován zájem člověka o sama sebe a o své okolí (2).

Validace je forma komunikace a terapeutický nástroj, pomocí kterého je možné navázat spojení s přestárlými, zmatenými lidmi, individuálně je podporovat, doprovázet a pečovat o ně. Je založena na domněnce, že každé chování má svou příčinu (3).

Cílem validace je obnovení pocitu vlastní hodnoty, zlepšení kvality života uspokojením základních psychosociálních potřeb, orientovat se spolu s klientem v jeho světě, odbourání stresu u ošetřujících a ošetřovaných osob, zlepšení verbální a nonverbální komunikace a zlepšení tělesného zdravotního stavu. Těchto cílů lze dosáhnout, pokud se uživatel validace vmyslí do dezorientovaného člověka. Empatií lze získat důvěru – důvěra poskytuje jistotu – jistota dává sílu – síla obnoví pocit vlastní hodnoty – pocit vlastní hodnoty zmírňuje stres. Mnozí dezorientovaní lidé již pak nepotřebují svůj vnitřní minulý svět prožitků, pokud se tady a teď cítí silní a důstojní (7), (36).

Kinestetika je definována jako analýza, popis a podpora lidské schopnosti pohybu (32). Nejdůležitější součástí je komunikace dotykem a pohybem. Orientuje se na uvědomění jednoduchých pohybových vzorů, jejich vnitřních a vnějších podmínek a významu pro člověka. Pohybové vzory jsou harmonické, plynulé a šetří síly. Probíhají střídáním napětí a uvolnění svalů, podporují vnímání a aktivní pohyb postižené osoby (33).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem této práce je zjistit nabídku poskytovaných služeb, jaké jsou podmínky pro jejich poskytování a úroveň spokojenosti seniorů v domově pro seniory „Spallerhof“ v Linzi, v Horním Rakousku. Dalším cílem této práce je zjistit názory pracovníků domova na kvalitu, rozsah a další aspekty péče o seniory v tomto zařízení. Tím by mělo být dosaženo uceleného pohledu na úspěšnost fungování jednoho konkrétního zařízení při poskytování péče o seniory.

2.2 Hypotézy

V souvislosti s cílem práce byly stanoveny tyto hypotézy:

1. Pomoc s péčí o vlastní osobu v domově pro seniory dle názorů klientů splňuje jejich požadavky.
2. Nabídka socioterapeutických služeb v domově pro seniory dle názorů klientů odpovídá jejich požadavkům.
3. Nabídka socioterapeutických služeb¹ v domově pro seniory z pohledu personálu splňuje požadavky klientů.
4. Podmínky pro další vzdělávání pracovníků domova pro seniory jsou dle názoru personálu příhodné.

¹ Socioterapie je jedním z prostředků resocializace zaměřených na (re)integraci psychicky a sociálně dezintegrovaných osob do společnosti. Má široké rozpětí ve svých formách působení. Společným základem je využití pozitivního potenciálu mezilidských vztahů, společně sdílené činnosti a sociálního učení, stejně jako obecné potřeby člověka jako sociálního tvora (27).

3. Metodika

3.1 Použité metody výzkumu

V rámci své práce jsem použila kvantitativní výzkum. Zvolenou technikou sběru dat jsou dotazníky. Dotazník patří mezi nejfrekventovanější metody zjišťování údajů a slouží především pro hromadné získávání relativně jednoduchých údajů od velkého množství osob (9). Vstupní část dotazníku obsahuje žádost o vyplnění, specifikaci jeho účelu, záruku anonymity a v závěru část poděkování respondentovi za jeho spolupráci. Použila jsem dva dotazníky. Jeden byl určen klientům domova. Druhý dotazník byl určen pro personál domova. V dotaznících jsem použila uzavřené i otevřené otázky. Výsledky dotazníků jsou pak vyhodnoceny v textu a grafech.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kvantitativní výzkum byl proveden se seniory a ošetřujícím personálem v domově pro seniory „Spallerhof“ v Linzi. Bližší popis tohoto domova byl uveden v kapitole č. 1.4.1 této práce.

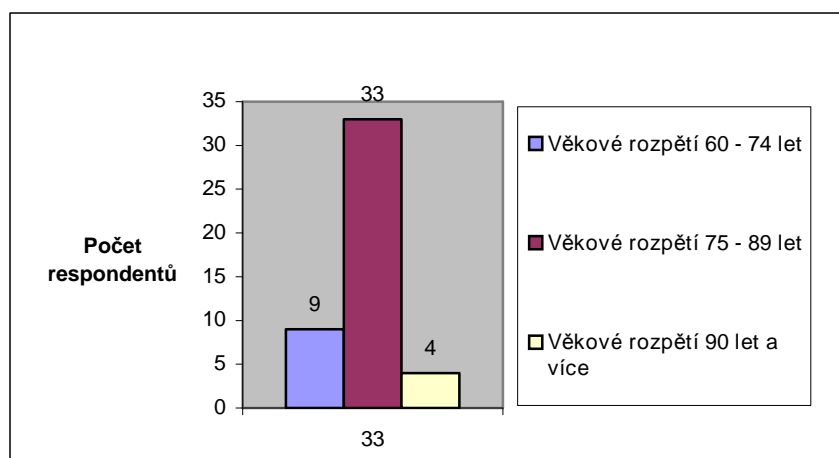
Dotazníky pro seniory a personál tohoto domova jsem rozdala v období února a března roku 2008. Senioři i personál vyplnili tyto dotazníky anonymně a dobrovolně. Z celkového počtu 70 rozdaných dotazníků (100%) určených seniorům mi bylo navraceno 46 kompletně vyplněných dotazníků (65,7%). Z celkového počtu 35 dotazníků pro personál domova (100%) bylo vráceno 19 kompletně vyplněných dotazníků (54,3%). Kvótou výběru seniorů do zkoumaného souboru bylo, aby u těchto lidí nebyla stanovena demence jako diagnóza, protože u nich není předpoklad adekvátní schopnosti zodpovědět kladené otázky. Proto bylo nutno předem provést konzultaci s příslušnou staniční sestrou, která pomohla při výběru dotazovaných seniorů.

4. Výsledky

4.1 Vyhodnocení dotazníků pro seniory

V souboru dozovaných osob bylo 46 seniorů. 30 žen (65,2%) a pouze 16 mužů (34,8%).

Graf 6: Věk seniorů (v absolutních hodnotách)



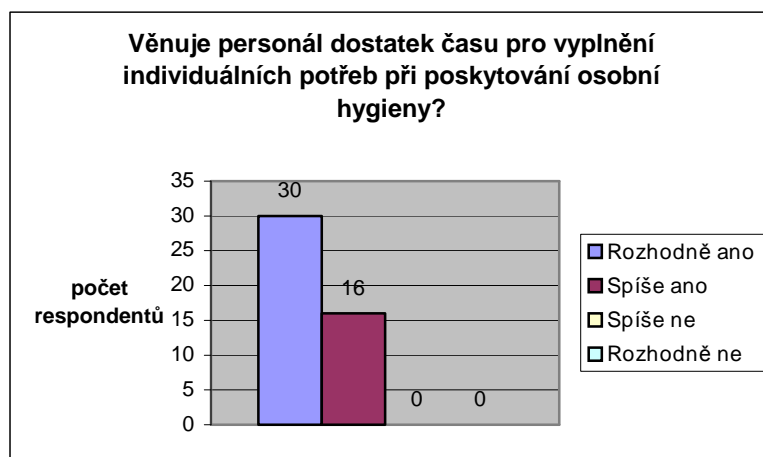
Zdroj: Vlastní výzkum

Ze souboru 9 seniorů odpovědělo, že je věku 60 – 74 let. Nejvíce, tedy 33 seniorů uvedlo, že se nachází ve věku od 75 do 89 let a pouze 4 senioři uvedli, že jsou starší devadesáti let.

Další otázka byla kladena za účelem zjištění průměrné doby pobytu jednotlivých seniorů v domově pro seniory. Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že průměrná doba pobytu v domově pro seniory je 3,3 let. Nejdelší doba pobytu seniora v domově pro seniory byla 8 let. Ze 46 seniorů jich 24 bydlí samo, 10 bydlí ve dvouúžkovém pokoji a 6 seniorů bydlí po třech na jednom pokoji. Dále z odpovědí vyplynulo, že 17 klientů je soběstačných, zbývajících 29 seniorů potřebuje podporu v oblasti stravování (18 seniorů), oblékání (26 seniorů), při osobní hygieně (24 klientů), úpravě zevnějšku (16 seniorů), vyprazdňování (15 klientů) a pohybu (18 seniorů). Soběstačných je tedy pouze

37 % dotazovaných seniorů, zatímco 63% z nich potřebuje podporu v jedné nebo více shora uvedených oblastech.

Graf 7: Pomoc seniorům s osobní hygienou (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce jsem se zaměřila na to, zda si senoři myslí, že jim personál věnuje dostatečné množství času při poskytování hygieny. 30 seniorů odpovědělo, že rozhodně ano, 16 seniorů odpovědělo spíše ano. Spíše ne a rozhodně ne neuvedl žádný z dotazovaných seniorů.

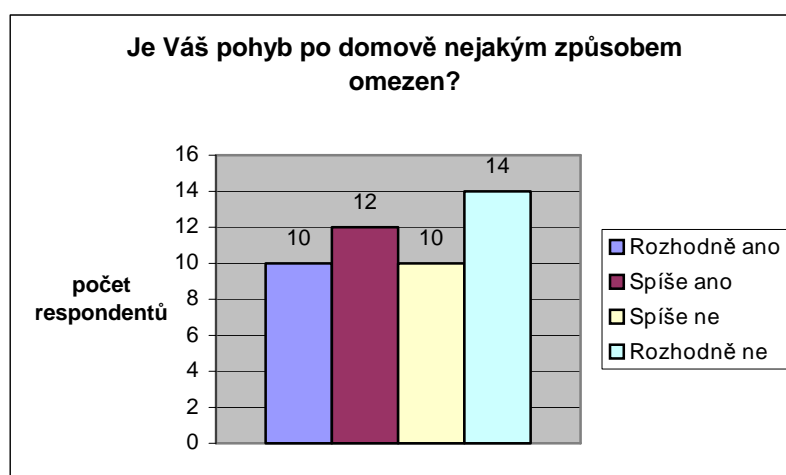
Graf 8: Zohlednění zvláštních potřeb při stravování (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V rámci dotazu na respektování zvláštních požadavků při stravování odpovědělo 24 seniorů, že si myslí že jsou jejich požadavky rozhodně respektovány. 20 seniorů uvedlo, že spíše ano a 2 senioři odpověděli, že spíše ne. Další otázka byla zaměřena na to, zda si klient myslí, že ho personál pobízí dostatečně k tomu, aby pil. 22 seniorů si myslí, že rozhodně ano a zbývajících 24 že spíše ano.

Graf 9: Omezení pohybu po domově (v absolutních hodnotách)



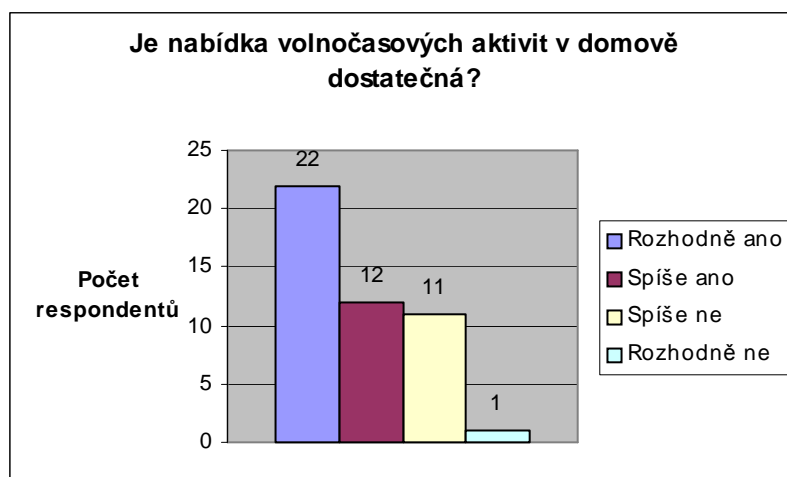
Zdroj: Vlastní výzkum

Senioři se měli vyjádřit i k tomu, zda je jejich pohyb po domově nějakým způsobem omezen. Zde uvedlo 10 klientů, že rozhodně ano, 12 klientů, že spíše ano. 10 klientů uvedlo, že jejich pohyb spíše omezen není. Rozhodně ne odpovědělo 14 klientů.

Můj následující dotaz se týkal důvodů, proč si klient myslí, že je jeho pohyb po domově omezen. Mezi nejčastějšími odpověďmi uváděli klienti tyto: Jsem „imobilní“, jsem hodně v posteli (příliš dlouhou dobu) či k pohybu potřebuji doprovod personálu.

Dále jsem se dotazovala, zda si klient myslí, že je ze strany personálu brán dostatečný ohled na jeho potřebu spánku. Zde odpověděla převážná část klientů, že jsou spokojeni. Pak jsem zjišťovala zda při projevu bolesti je vždy vyhověno individuálním požadavkům klienta. Zde uvádí 24 klientů rozhodně ano a 22 klientů spíše ano. Nespokojený nebyl ani jeden klient.

Graf 10: Spokojenost seniorů s nabídkou volnočasových aktivit v domově (v absolutních hodnotách)



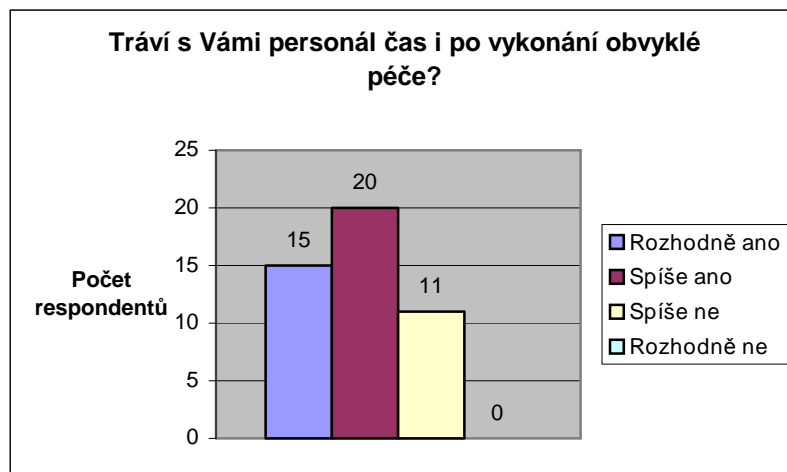
Zdroj: Vlastní výzkum

Zjišťovala jsem rovněž, zda nabídka volnočasových aktivit v domově je dle názoru klientů dostatečná. Převážná část klientů uvedla, že jsou spokojeni (viz. graf). Těm, kteří uvedli, že spokojeni nejsou, jsem dala prostor pro vyjádření názoru, co v tomto směru postrádají. Mezi zde uvedenými názory zaznělo nejčastěji, že klienti by uvítali více cvičení, kino, malování, hudbu, práci na zahrádce, fyzioterapii a tři klienti napsali, že neví.

Jelikož mají senioři možnost využívat nadstandardních služeb v domově, zjišťovala jsem, zda klienti využívají některou z takových služeb. V otázce jsem uvedla možnosti pro odpovědi následovně: kadeřnictví, pedikúra, masáže a jiné.

43 klientů využívá služeb kadeřnictví, 23 klientů služeb pedikúry, masáže uvedli 3 klienti. Mezi jinými byl v odpovědích uveden bufet a možnosti donášky do domu. Jde o službu, která je zajišťována jak profesionálním tak dobrovolným týmem lidí. Klient si prostřednictvím této služby může obstarat věci, které potřebuje a které nejsou běžně k dostání v domově (léky, hygienické pomůcky, časopisy, apod.).

Graf 11: Čas věnovaný klientům ze strany personálu po vykonání obvyklé péče
(v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Zajímalo mne také, zda si klient myslí, že s ním personál tráví čas i po vykonání obvyklé péče. Zde uvádí 15 klientů, že rozhodně ano, 20 klientů uvedlo, že spíše ano, 11 klientů pak spíše ne. Rozhodně ne neuvedl nikdo.

V několika následujících otázkách jsem zjišťovala spokojenost s pobytem v domově pro seniory a s poskytovanou péčí, případné důvody nespokojenosti, zda klient ví jakým způsobem a kde si může stěžovat. V dotaznících 40 klientů uvedlo, že ví, jakým způsobem a kde si může stěžovat a 6 klientů uvedlo, že ne. Dále 8 klientů odpovědělo, že si v uplynulém roce stěžovali na kvalitu poskytované péče a 38 klientů si nestěžovalo. Všech 8 klientů, kteří si stěžovali na poskytovanou péči, potvrdilo, že bylo jejich stížnosti vyhověno.

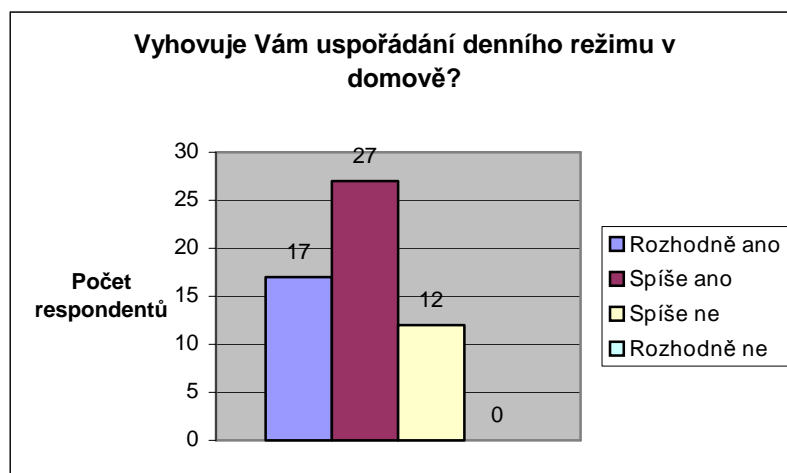
Graf 12: Zájem personálu o kvalitu poskytované péče (v absolutních hodnotách)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že se personál zajímá o názor klienta na poskytovanou péči, zde odpověděla převážná část klientů kladně.

Graf 13: Denní režim v domově (v absolutních hodnotách)



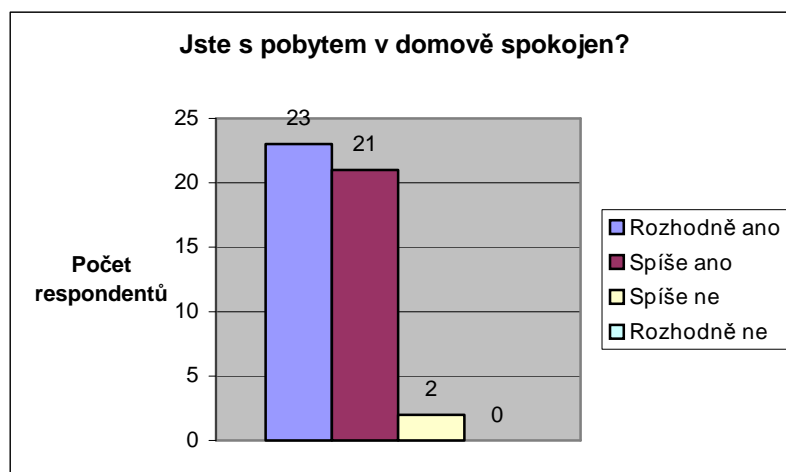
Zdroj: Vlastní výzkum

V rámci dotazu, zda klientům vyhovuje uspořádání denního režimu v domově uvedlo 32 klientů, že spokojeni jsou a 12 klientů spíše ne. Dala jsem klientům možnost uvést důvody, které vedou k jejich nespokojenosti. 5 klientů sdělilo, že musejí jít brzy spát. 3 klienti si stěžovali, že dostávají příliš brzy večeři. Dva klienti nebyli spokojeni s tím, že příliš času tráví v posteli a 2 klienti uvedli, že musejí příliš brzy vstávat.

Pro zajímavost uvádím dále výsledky odpovědí, které jsem získala, ale které se nevztahují přímo ke stanoveným hypotézám. Zjišťovala jsem, zda klient ví, jakým způsobem se podílí na úhradě péče, která je mu v domově poskytována. Zde uvedlo 30 (65%) klientů, že přesně neví, jakým způsobem je péče hrazena. Dále měli dotazovaní klienti možnost uvést, jakým způsobem úhradu péče provádí.

Senioři nejčastěji odpovídali tak, že péče je hrazena ze starobního důchodu, z příspěvku na péči, z vlastních peněz, péči hradí partner nebo rodina. Jeden z klientů uvedl, že péče je mu hrazena „automaticky“. Na dotaz, zda se na úhradě péče podílí rodina odpovědělo 6 (13%) klientů kladně a 40 (87%) klientů záporně.

Graf 14: Spokojenost seniorů (v absolutních hodnotách)



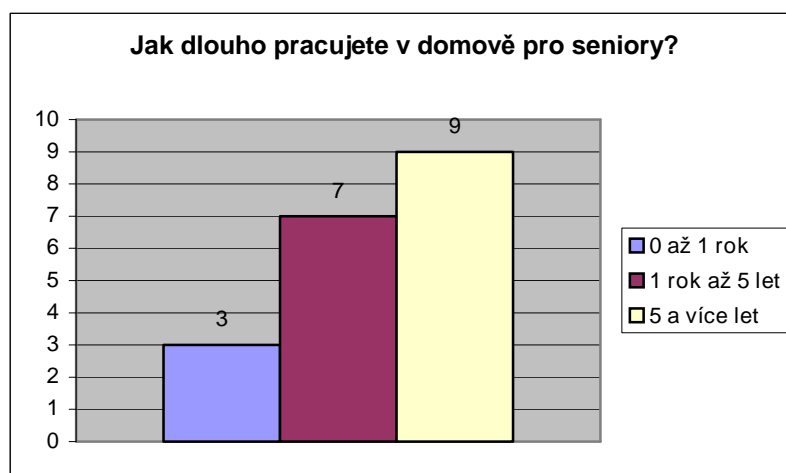
Zdroj: Vlastní výzkum

Zjistila jsem, že s pobytem v domově je 23 klientů rozhodně spokojeno, 21 uvádí, že spíše ano a 2 klienti uvedli, že spíše ne. Rozhodně nespokojen nebyl žádný z klientů.

4.2 Vyhodnocení dotazníků pro personál

V souboru bylo 19 pracovníků. Dotazníky vyplnilo 16 žen a 3 muži.

Graf 15: Délka pracovního poměru (v absolutních hodnotách)



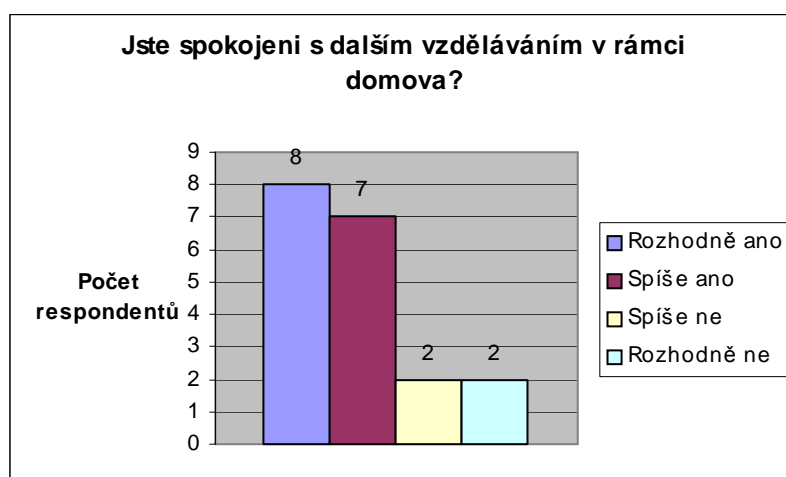
Zdroj: Vlastní výzkum

3 pracovníci uvedli, že pracují v domově méně než jeden rok, 7 jich uvedlo, že pracují v domově více než jeden rok a méně než 5 let. 9 pracovníků odpovědělo, že pracují v domově více než pět let. Zda je personál v domově pro seniory s prací spokojen, uvedli 3 pracovníci, že rozhodně ano, 12 uvedlo, že spíše ano. 4 pracovníci uvedli, že spíše spokojeni nejsou. Zcela nespokojený není ani jeden pracovník.

Dále jsem se dotatovala, kde získává personál informace z oblasti péče o seniory. Uvedla jsem tyto možnosti: odborné semináře, odborná literatura, média, praxe a jiné zdroje. Všech 19 osob uvedlo, že navštěvují odborné semináře, dále 15 získává informace z odborné literatury, 5 z médií, 15 získává informace z praxe a jako jiné zdroje uvedly dvě osoby internet.

V rámci rozsahu nabídky seminářů jsem zjišťovala jaký z uvedených seminářů navštívil personál v posledním roce. Jako možnosti jsem uvedla seminář bazální stimulace, seminář kinestetiky, seminář validace a jiné. 13 pracovníků se v posledním roce zúčastnilo semináře bazální stimulace, 12 kinestetiky, 8 semináře validace a jiné semináře navštívilo 8 pracovníků.

Graf 16: Další vzdělávání (v absolutních hodnotách)



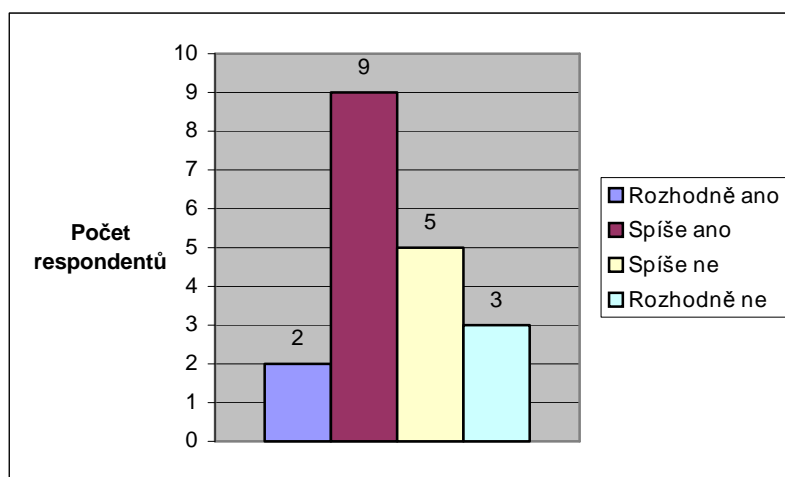
Zdroj: Vlastní výzkum

Zda je personál spokojen s dalším vzděláváním v rámci domova pro seniory bylo předmětem dalšího dotazu. V odpovědi na něj uvedlo 8 pracovníků, že rozhodně ano, 7 spíše ano, 2 odpověděli spíše ne a 2 uvedli, že rozhodně ne. Spokojeností myslím rozsah nabídky nabízených seminářů, a také možnost se seminářů účastnit. Pracovníci, kteří v odpovědi na předchozí otázku uvedli, že nejsou spokojeni s dalším vzděláváním

v domově pro seniory zde mohli napsat svůj názor na to, který seminář dle jejich názoru chybí.

Dva pracovníci uvedli, že postrádají semináře hlavně v oblasti psychických a duševních poruch starých lidí. Jeden uvedl, že snad všechny. Dva z pracovníků uvedli, že se nemohou vždy zúčastnit semináře, na který se hlásí z kapacitních důvodů.

Graf 17: Odpovídá pomoc s péčí o vlastní osobu individuálním potřebám seniorů (v absolutních hodnotách)



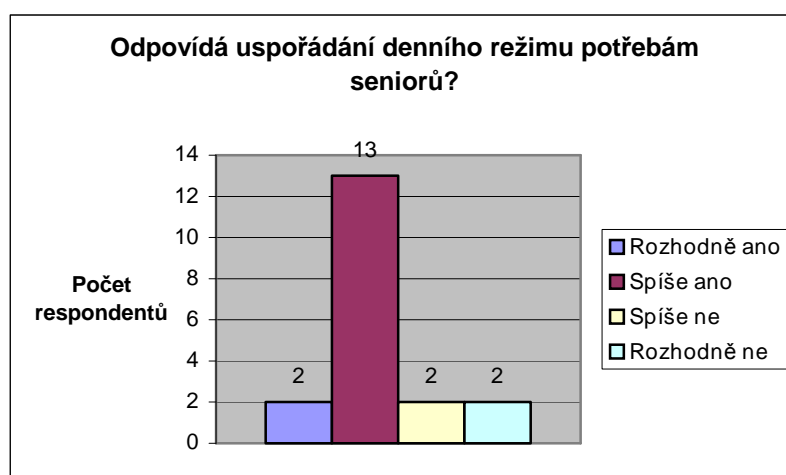
Zdroj: Vlastní výzkum

Dále jsem zjišťovala, zda si pracovníci myslí, že péče o vlastní osobu odpovídá individuálním potřebám klientů. Dva pracovníci uvedli, že rozhodně ano, 9 spíše ano, 5 spíše ne a 3 rozhodně ne. V rámci respektování individuálních potřeb klientů jsem zjišťovala, zda si personál myslí, že jsou dostatečně respektovány potřeby seniorů se speciálními požadavky při výběru stravy. Šest pracovníků uvedlo rozhodně ano a 13 odpovědělo, že spíše ano.

Z vyhodnocení odpovědí na další otázku vyplynulo, že dle názor pracovníků vybavení domova odpovídá potřebám klientů s omezenou mobilitou. Podobně tomu bylo i u nabídky kompenzačních pomůcek používaných v domově pro seniory. I zde dle

názoru personálu je nabídka dostačující. Ti, kteří uvedli, že nabídka kompenzačních pomůcek neodpovídá potřebám klientů, měli možnost vyjádřit proč tomu tak je. Zde personál uvedl, že je potřeba více společenských místností, místnost, kde by si mohl klient nerušeně odpočinout. Většina odpovědí zde však nesměřovala k položené otázce, když personál zde rozebíral jiné nedostatky, než nabídku kompenzačních pomůcek.

Graf 18: Denní režim v domově



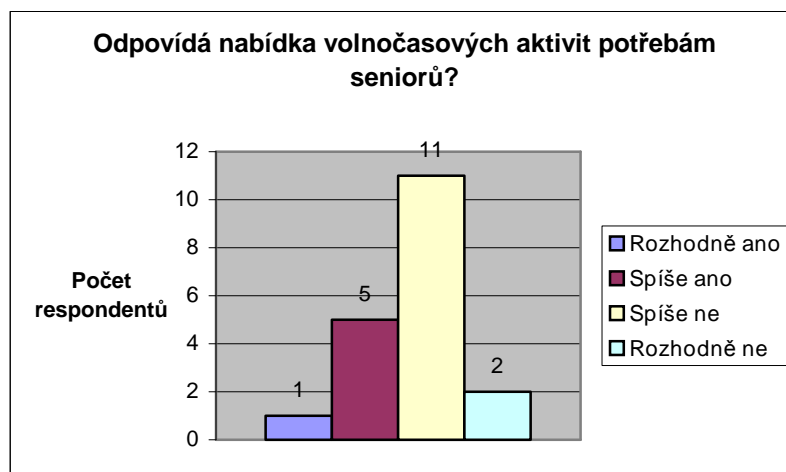
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zda si personál myslí, že uspořádání denního režimu v domově odpovídá potřebám seniorů uvedli 2 pracovníci, že rozhodně ano, 13 pracovníků spíše ano, 2 uvedli, že spíše ne a 2 pracovníci odpověděli, že rozhodně ne. Ti, kteří napsali, že uspořádání denního režimu neodpovídá potřebám klientů, měli možnost vyjádřit proč tomu tak dle jejich názoru je. Pracovníci uváděli, že není respektována individuální potřeba spánku u jednotlivých klientů, denní režim seniorů je uspořádán tak, aby vyhovoval především ošetřovatelskému personálu, personál má málo času na poskytování plnohodnotné péče klientům (časová tíseň ze strany personálu), nevyhovující časové rozvržení směn personálu (personál jde brzy z denní směny – již v 19 hodin a jelikož na noční směnu je určen jen jeden pracovník na 30 klientů, musí

být převážná část klientů již na lůžku).

Dále jsem zjišťovala, zda si personál myslí, že sociální kontakt v domově odpovídá potřebám seniorů. Nadpoloviční většina personálu si myslí, že sociální kontakt mají senioři v domově dostačující, avšak poměrně hodně jich vyjádřilo, že nikoli. Zabývala jsem se i názorem personálu na to, zda je klientům při poskytování péče zajištěno jejich soukromí. Převážil počet kladných odpovědí. Rozhodně negativně neodpověděl žádný pracovník.

Graf 19: Volnočasové aktivity

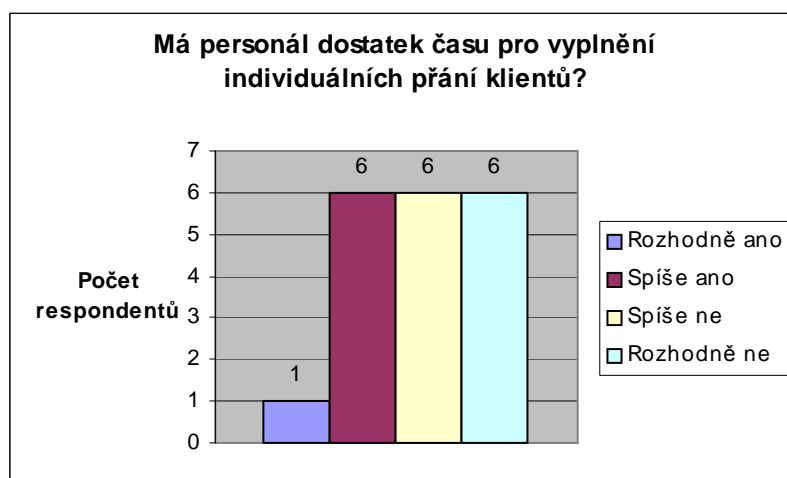


Zdroj: Vlastní výzkum

Za důležité jsem považovala zjistit, zda si personál myslí, že nabídka volnočasových aktivit v domově odpovídá potřebám seniorů. Zde 1 pracovník uvedl rozhodně ano, 5 pracovníků spíše ano, 11 spíše ne a 2 rozhodně ne. Zaměstnanci domova pro seniory, kteří uvedli, že nabídka volnočasových aktivit neodpovídá potřebám seniorů, mohli vyjádřit svůj názor, které aktivity klientům chybí. Dle odpovědí chybí nabídka aktivit, které odpovídají individuálním zájmům klientů, zejména klientů upoutaných na lůžko. Chybí činnosti trénující kognitivní funkce

klientů. Je nedostatečná nabídka ergotrapie a fyzioterapie. Chybí práce na zahrádce a procházky venku. Byl uveden názor, že do domova přichází za klienty málo jejich příbuzných. I zde se objevil názor, že z důvodu nedostatku času personálu je klientům nabízeno málo volnočasových aktivit.

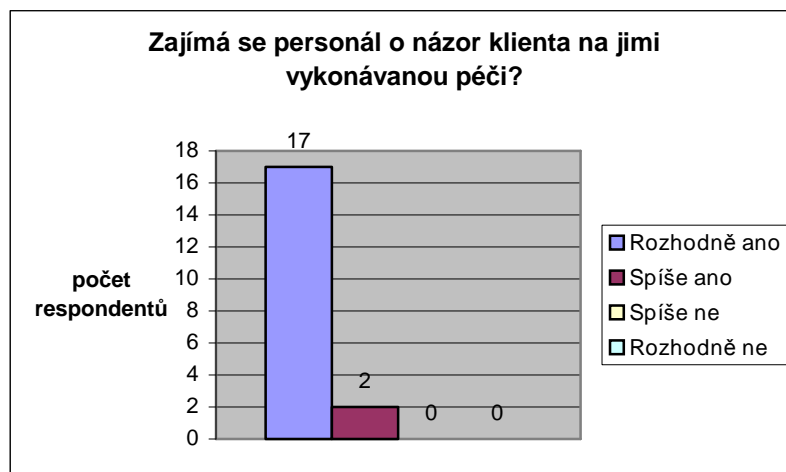
Graf 20: Individuální přání



Zdroj: Vlastní výzkum

Co se týče individuálních potřeb klientů domova pro seniory, zjišťovala jsem, zda má personál dostatek času pro vyplnění individuálních přání klientů. Bohužel převážil počet negativních odpovědí. Personál, který uvedl, že nemá dostatek času pro plnění individuálních přání klientů, se měl vyjádřit, proč tomu tak je. Zde se objevily názory, že tomu tak je s ohledem na nedostatek personálu v domově (4 pracovníci na 30 klientů). Dalším důvodem bylo málo prostoru v domově pro seniory. Jako další důvod bylo uvedeno, že se personál musí věnovat administrativě a dokumentaci.

Graf 21: Zájem personálu o názor klienta



Zdroj: Vlastní výzkum

Zjišťovala jsem i zájem personálu o názor klientů na jím vykonávanou péči. Převážná většina zaměstnanců domova pro seniory uvedla, že se rozhodně o názor klientů na poskytovanou péči zajímá. Pouze dva pracovníci uvedli spíše kladnou odpověď. Negativně na tuto otázku neodpověděl nikdo z dotazovaných.

Na závěr měli pracovníci možnost napsat, co pro ně znamená pojem „spokojený klient“. Dva pracovníci uvedli, že takový klient je čistý, nasycený a v teple. Sedm pracovníků uvedlo, že je důležité, aby se klient cítil dobře a byl spokojen. 2 pracovníci odpověděli, že všechny potřeby „spokojeného klienta“ jsou vyplněny. Jeden pracovník uvedl, že klient se cítí spokojený, když jsou uspokojeny všechny jeho potřeby, je brán vážně a cítí se potřebný. Jedn pracovník uvádí, že klient má pocit, že může rozhodnout sám za sebe. Jeden další pracovník uvádí, že klient žije svůj život podle svých přání a potřeb. Další pracovník pak uvedl, že takový klient má vnitřní klid, cítí se potřebný a směje se. Další pracovník uvedl, že jsou brány vážně potřeby klienta a senior se cítí „jako doma“. Mezi dalšími názory se objevilo, že je nutno brát zřetel na nonverbální projevy klienta, že je personál schopen vyplnit alespoň některé z individuálních potřeb klienta.

5. Diskuse

Úvodem diskuse bych se chtěla zmínit o skutečnosti, která podle mého názoru ovlivnila výsledky mého výzkumu. V domově pro seniory, kde jsem výzkum prováděla, jsem před dvěma lety pracovala. Myslím si, že jsem se tu setkala s mnohem větší přívětivostí a ochotou personálu spolupracovat. Samozřejmě jsem při svém výzkumu přišla do kontaktu s mnoha seniory, které jsem už znala a tak si myslím, že jejich zájem na vyplnění dotazníků a spolupráci byl o něco vyšší. Původně jsem chtěla provádět výzkum v jiném zařízení, abych si mohla učinit obrázek o tom, jak funguje i jiné obdobné zařízení, které jsem neznala. Měla jsem na výběr z osmi domovů pro seniory zřizované magistrátem města Linz a z dalších domovů pro seniory zřizovaných spolkovou zemí Horní Rakousko, církvemi a jedním privátním domem pro seniory. Oslovila jsem z těchto zařízení dvě (jedno zřizované spolkovou zemí a jedno privátní), avšak nesetkala jsem se s ochotou umožnit mi výzkum v potřebném rozsahu. Důvody byly ty, že vedení zařízení mělo obavy, aby případné negativní výsledky výzkumu nebyly zveřejněny a dále, že obdobných výzkumů je prováděno více a poměrně často, když senioři jsou v poslední době často žádáni, aby vyjádřili své názory na poskytovanou péči. Zařízení jsou tedy podobnými výzkumy přehlčena. Je to z toho důvodu, že problematika stáří je velmi aktuální a diskutovaná s ohledem na rostoucí počet seniorů i jejich podílu na celkovém profilu společnosti v posledních letech, když tento trend neustále posiluje (29). Nicméně s ohledem na velikost domova pro seniory, kde jsem výzkum prováděla, s ohledem na strukturu jeho klientů i personálu a s ohledem na to, že zřizovatelem je magistrát města Linz (jako nejčastější zřizovatel v této oblasti) myslím, že je můj výzkum objektivní.

Ze sedmdesáti dotazníků rozdaných seniorům považuji za úspěch, že mi bylo vráceno 46 kompletně vyplněných dotazníků. Návratnost tedy činila 65,7%. Při výběru seniorů pro výzkum bylo nutno zohlednit jejich zdravotní a psychický stav, aby byli schopni dotazníky kompetentně vyplnit. Fakt, že celkem asi jedna třetina seniorů v domově nebyla schopna vzhledem k jejich psychickému stavu dotazníky vyplnit (a proto jim ani nebyly rozdány), svědčí o tom, že s přibývajícím věkem se psychická a

intelektuální schopnost člověka výrazně snižuje (21).

Z výsledků zjišťování věku klientů v domově je zastoupena nejpočetněji skupina seniorů ve věku mezi 75 až 89 lety. S nejnižším počtem a to čtyř klientů je zastoupena skupina ve věku 90 let a více. Skupina ve věku od 60 do 74 let byla zastoupena devíti seniory. Období mezi sedmdesátým a osmdesátým rokem života je označováno za pravé stáří nebo také senium (28).

I vzhledem k výsledkům mého výzkumu lze říci, že s přibývajícím věkem vzrůstá poptávka po sociálních službách, postupně se objevuje závislost na pomoci druhé osoby (25). Společnost si toto uvědomuje a pomoc seniorům je mimo jiné realizována právě možností být umístěni v domovech pro seniory, kde je jim poskytována péče. Ta by měla mít za cíl zajištění důstojného stáří, tedy pomoc při zdravotních a psychických problémech, zajištění ubytování, stravy a kulturních a společenských aktivit. Míra naplnění těchto cílů je tím vyšší, čím vyšší je spokojenost seniorů s péčí, která je jim v domově poskytována. Proto jsem se zaměřila na otázku, zda senioři jsou s péčí spokojeni a pokud ne, v čem spatřují nedostatky. Bylo nutno zohlednit však i pohled tzv. z druhé strany, tedy ze strany personálu domova, který péči poskytuje a porovnat, zda názory seniorů a personálu se v tomto spíše liší či shodují.

Z dotazníků, které jsem vybrala od seniorů, vyplývá, že senioři, kteří udávali, že jsou soběstační či potřebují minimální podporu v oblastech stravování, oblékání, osobní hygieny, atd. výrazně kladněji a pozitivněji hodnotili svůj pobyt v domově. Přesněji řečeno 16 ze 17 dotazovaných seniorů, kteří uvedli, že jsou samostatní a nejsou v péči o vlastní osobu závislí na pomoci druhých, uvádí, že jsou v domově pro seniory rozhodně spokojeni.

Myslím si, že normálním stavem ve stáří je vést kvalitní a nezávislý život a snažit se v rámci možností o co nejlepší udržení fyzické a duševní kondice. Při řešení zdravotních a sociálních potřeb starých lidí je třeba vycházet právě s ohledem na tuto skutečnost (14).

V souvislosti se zkoumáním spokojenosti seniorů jsem stanovila hypotézu, že klienti domova pro seniory jsou s pomocí s péčí o vlastní osobu v domově spokojeni. 30 z dotazovaných seniorů uvedlo, že jsou s poskytováním péče rozhodně spokojeni, že

jím personál věnuje dostatek času při poskytování hygieny a jsou při tom zohledněny i jejich individuální potřeby, 16 bylo spíše spokojeno. Vzhledem k tomu, že nespokojenost v odpovědích neprojevil ani jeden z dotazovaných seniorů, lze konstatovat, že hypotéza se potvrdila.

Dotazovala jsem se taktéž personálu domova pro seniory na jejich názor na jimi vykonávanou péči. Z devatenácti pracovníků uvedlo 11 (58%) že pomoc s péčí o vlastní osobu jimi poskytovaná odpovídá potřebám seniorů. Devět pracovníků uvedlo, že nikoli (42%). Z takové struktury odpovědí vyplývá, že personál hodnotí poskytovanou péči výrazně méně příznivě než sami seniori. Možným příčinám se budu věnovat dále.

V domově pro seniory je pomoc s péčí o vlastní osobu poskytována dle konceptu bazální stimulace, který je časově velmi náročný (8). S ohledem na počet seniorů a počet personálu cítí personál nedostatek času pro poskytování péče dle tohoto konceptu v adekvátní kvalitě a míře. Personál často uvádí názor, že jeho počet je nedostatečný s ohledem na počet klientů. Bylo uváděno, že 4 pracovníci se starají o třicet klientů, což je vysoký počet.

Výpočet (minimálního) počtu personálu v domově se stanovuje podle Hornorakouské vyhlášky o domovech pro seniory. Počet personálu na počet klientů je určen dle výše příspěvku na péči klientů v domově (5). Jak uvádí Mgr. Wall, seniorům je často přiznán příspěvek na péči nižší, než jaký by měl ve skutečnosti být, neboť je podhodnocena míra závislosti konkrétního seniora na pomoci jiné fyzické osoby. V důsledku toho je pak reálný stav seniorů horší, než jaká je celková výše poskytovaných příspěvků, což se v konečném důsledku projevuje i v nedostatečném počtu personálu v domově.

V souvislosti s tím, se dostáváme i k výsledkům další stanovené hypotézy, která zní, že socioterapeutické služby v domově pro seniory splňují dle názoru personálu požadavky seniorů. Personál uvedl v šesti případech (32%), že nabídka volnočasových aktivit odpovídá potřebám seniorů, zatímco 13 pracovníků (68%) uvedlo, že nabídka volnočasových aktivit neodpovídá potřebám seniorů. V tomto případě se tedy má hypotéza nepotvrdila. Dala jsem možnost personálu uvést názor, jaké z aktivit chybí anebo co by mohlo být důvodem v jejich nedostatečné nabídce. I zde jsem se setkala

s názorem, že málo aktivit je nabízeno seniorům ze strany personálu proto, že personál má málo času. Na druhou stranu je nutno říci, že je velmi obtížné pokrýt individuální potřeby všech klientů, které se často pochopitelně velmi liší. Z dalších odpovědí vyplývá též názor, že prostorové zázemí domova pro seniory je nedostatečné, resp. není neomezené. Podstatné je také to, že velký počet seniorů v domově je dementní a proto není vždy snadné takového seniora zaujmout a přimět ho vůbec k nějaké volnočasové aktivitě.

U těchto seniorů je často využívána v domově tzv. validace. Jedná se o formu komunikace, pomocí které je pak možno navázat spojení s přestárlými, zmatenými lidmi, individuálně je podporovat, pečovat o ně (3).

Stejná hypotéza, tedy předpoklad, že nabídka socioterapeutických činností je dostatečná, byla definována i vůči seniorům.

Senior před odchodem do domova měl možnost sám rozhodovat (a to nejen) o svých zájmech, o tom, co bude ve svém volném čase dělat. Změna v souvislosti s odchodem do domova pro seniory může být pro takového člověka velmi zátěžová, stresující nebo deprimující, neboť v domově je zákonitě možnost realizace volnočasových aktivit a také samotná možnost výběru takových aktivit nutně omezena s ohledem na kapacitu domova, nutnost jednotného režimu pro větší počet klientů atd. Je tedy nutno činit maximum pro to, aby senior (ať již do domova nově příchozí či již dlouhodobě adaptovaný) neztrácel chuť a vůli takové aktivity realizovat, je nutno ho podporovat, zejména psychicky a sociálně. To lze realizovat jak ve skupině, tak individuálně pomocí socioterapeutické činnosti. Její význam je tedy zásadní (17).

Senioři byli tázáni, zda jsou spokojeni s nabídkou volnočasových aktivit v domově. 34 klientů ze 46 dotazovaných (74%) uvedlo, že je v tomto ohledu spokojeno, naproti tomu 12 seniorů (26%) odpovědělo, že spokojeno není. Senioři mohli v dotaznících v rámci hodnocení nabídky socioterapeutických služeb (nabídka volnočasových aktivit) uvést své názory, co v této oblasti postrádají. Z odpovědí těchto 26% nespokojených seniorů vyplynulo, že tito senioři pociťují, že nabídka volnočasových aktivit neodpovídá zcela jejich individuální potřebám a zájmům.

Analýzou odpovědí na otázky týkající se mobility a soběstačnosti klienta jsem

zjistila, že nespokojeni jsou především senioři imobilní a nesoběstační. Pro tuto skupinu seniorů je vždy náročnější odpovídající nabídku volonočasových aktivit vytvořit s ohledem na jejich zdravotní stav. Domnívám se, že u těchto osob je také výraznější psychická deprivace způsobená nedobrym zdravotním stavem a s tím související částečná ztráta zájmu o život, resp. různé životní aktivity. Dochází u nich často i k nechtěné izolaci od okolí, uzavírají se do sebe, dochází k negativnímu sebehodnocení, nemají pak ani dostatečnou příležitost k uplatnění svých zbývajících dovedností v rámci svých schopností (25).

Má hypotéza byla potvrzena i přes skutečnost, že 26% seniorů projevilo nespokojenost. Domnívám se, že vždy lze samozřejmě i v této oblasti učinit více, nicméně nikdy není možné vyhovět všem a zcela.

Na základě standardů kvality sociálních služeb jsou s jednotlivými seniory vypracovávány individuální plány podpory, jejichž smyslem je zejména stanovit osobní cíle seniora vzhledem k jeho stavu a potřebám, postup, jak těchto osobních cílů dosáhnout a určit, kdo je zodpovědný za poskytnutou péči v tomto směru. V průběhu péče je průběžně vyhodnocováno (evaluováno), zda bylo při péči o seniora dosaženo cílů dle individuálních potřeb vyjádřených v plánu podpory (19). V tomto ohledu jsem považovala za zajímavou otázku, zda byl se seniory vypracován individuální plán podpory. Z odpovědí seniorů vyplynulo, že 31 klientů (67%) se domnívá, že s nimi individuální plán podpory vypracován nebyl. Vzhledem k mým zkušenostem, které jsem získala v minulosti, mám za to, že tak vysoké procento negativních odpovědí seniorů na tuto otázku neodráží skutečnost, protože individuální plány jsou skutečně vypracovávány. Senioři si však často nemusí uvědomit, že cílený rozhovor pracovníka s ním na danou oblast je právě způsobem jak individuální plán vypracovat. Zřejmě k tomu přispívá i to, že klient vlastně není se svým individuálním plánem podpory seznámen, protože s ním pracuje jen personál. V tomto směru vidím do budoucna prostor pro zlepšení.

V rámci kvality poskytované péče a služeb seniorům bylo důležité zjistit, zda klient ví, kde může získat více informací týkajících se poskytované péče a nabízených služeb a také to, zda pokud má připomínky k poskytované péči a službám, je může

uplatnit a zda je na ně reagováno. Z dotazovaných seniorů odpovědělo 39 klientů (85%), že ví, kde může získat více informací, či jakým způsobem má vyjádřit své připomínky. To je dle mého názoru poměrně vysoké číslo a informovanost seniorů v tomto směru je tedy dobrá. Hledisko informovanosti a též hledisko možnosti stížnosti na poskytovanou péči je jedním z kritérií kvality poskytované péče (31) a ve zkoumaném domově je dle mého názoru na velmi vysoké úrovni.

Na dotaz, zda si klienti v posledním roce stěžovali na péči jim poskytnutou uvedlo osm klientů (17%), že ano. Všem osmi seniorům bylo dle jejich odpovědí jejich žádosti vyhověno. To lze opět hodnotit velmi kladně.

Co se financování pobytu v domově týče, zjistila jsem nízkou informovanost seniorů v odpovědích týkajících se úhrady péče v domově. Zde uvádí pouze 16 seniorů (35%) že ví, jak je péče o jejich osobu financována. Co se hrazení pobytu seniora v domově týče, lze se často setkat s neochotou rodiny seniora přispívat na pobyt seniora (37). Proto jsem se klientů tázala, zda se jejich rodina podílí na úhradě jejich péče. Pouze 6 seniorů (13%) uvedlo, že se jejich rodina na úhradě péče podílí.

Jako poslední bych chtěla rozvést hypotézu číslo čtyři, kterou jsem si stanovila. Výsledek hypotézy jsem stanovila dle odpovědí na otázky položené personálu v dotaznících. Zabývala jsem se jednak otázkou, z jakých zdrojů získává personál domova pro seniory další znalosti a zkušenosti z oblasti péče o seniory a jak je spokojen s možnostmi dalšího vzdělávání.

Překvapivým zjištěním bylo, že pracovníci, kteří pracují v domově pro seniory delší dobu, vyjadřovali mnohem vyšší míru spokojenosti a pozitivnějšího hodnocení svého zaměstnání a úrovně poskytované péče, než pracovníci, kteří byli zaměstnáni v domově kratší dobu. To se projevilo i v rámci hodnocení kvality vzdělávání personálu ohledně poskytované péče, možností a rozsahu.

Co se nabídky dalšího vzdělávání týká, je každý zaměstnanec povinen absolvovat minimálně 40 hodin účasti na odborných seminářích v průběhu čtyř let. Zaměstnavatel je jednak povinen zajistit svým zaměstnancům v domově pro seniory účast na seminářích v tomto rozsahu a jednak jim poskytnout nabídku seminářů z více oblastí, které se vztahují k jejich zaměstnání. Pozitivně se projevuje, že zaměstnanci

absolvuji semináře v rámci své pracovní doby a jsou odměňováni, jako by po tuto dobu vykonávali práci. Úhradu účasti zaměstnanců na odborných seminářích přebírá zaměstnavatel a proto personál není nijak finančně postižen. Většina zaměstnanců, kteří odpovídali na otázky, v dotazníku uvedla, že je spokojena s nabídkou seminářů a také s možností se jich účastnit. Z devatenácti dotazovaných členů personálu uvedlo 13, že se zúčastnilo semináře bazální stimulace, 12 semináře kinestetiky a 8 semináře validace v posledním roce. Dle mého názoru se jedná o vysoký počet, což svědčí o tom, že zaměstnavatel skutečně zajišťuje a umožňuje svým pracovníkům účast na seminářích v dostatečné míře. Ostatně žádný ze zaměstnanců neuvedl, že by se nezúčastnil žádného semináře. Dále 8 pracovníků uvedlo, že se zúčastnilo ještě jiných seminářů, než shora uvedených, které můžeme považovat za základní. To svědčí o tom, že nabídka seminářů je pestrá.

Myslím si, že tím byla mnou stanovená hypotéza potvrzena a to i přes to, že dva pracovníci sdělili, že se nemohou vždy zúčastnit semináře, na který se hlásí. Je to dle mých zjištění způsobeno nejčastěji velkým zájmem o semináře, kdy z kapacitních důvodů není vždy účast zaměstnanci umožněna a také pak je samotný zaměstnavatel finančně limitován tím, že hrazení odborných seminářů je na něm, přičemž semináře jsou poměrně drahé.

Mimo to jsem však ještě zjišťovala názor personálu na to, zda v nabídce seminářů postrádají i semináře zabývající se i jinými oblastmi problematiky péče o seniory. Zde 2 pracovníci uvedli, že postrádají semináře hlavně v oblasti psychických a duševních poruch starých lidí. Mezi ně patří zejména stařecká demence, Alzheimerova choroba a různé kognitivní poruchy, jejichž počet narůstá s věkem. Například demencí je postiženo 3 až 7% populace staší 65 let, u osob ve věku 75 let je to již 15% a po osmdesátém roce věku trpí demencí 20 – 40% osob (34). Jedná se fenomén posledních let, který je způsoben právě tím, že věk dožití u seniorů se neustále zvyšuje a tím narůstá i počet takovýchto poruch u seniorů, kteří jsou v péči v domově pro seniory. Reakce na zvýšenou potřebu odborného vzdělávání ohledně této problematiky je poněkud pomalejší, lze však očekávat, že i v tomto směru bude zaměstnavatel svůj personál v budoucnu vzdělávat ve větší míře, než dosud (37).

6. Závěr

V současné době čelí naše evropská společnost fenoménu zvyšování počtu a procentuelního zastoupení seniorů, a tím neustálého zvyšování věku dožití. S přibývajícím věkem dochází u starého člověka k psychickým a fyzickým změnám, který v důsledku toho není často schopen zůstat v prostředí, na které byl za svého života zvyklý, není schopen se o sebe v plné míře postarat, uspokojovat soběstačně své potřeby a to nejen v oblasti základních fyzických, ale také sociálních potřeb. Senioři, kteří nejsou soběstační, ale i senioři kteří soběstační jsou, ale často žijí osamoceně, mají možnost odejít do domova pro seniory. V poslední době totiž dříve klasickou roli rodiny v péči o prarodiče a praprarodiče nahrazují právě taková zařízení, byť často fungují (o to lépe) ve spolupráci s rodinou seniora.

Ve své práci jsem se zabývala tématem poskytování péče, zdravotních a sociálních služeb v domově pro seniory „Spallerhof“ ve městě Linz v Rakousku. Cílem práce bylo zjistit rozsah a podmínky pro poskytování těchto služeb. Za tím účelem jsem si stanovila čtyři hypotézy. Výzkumem se potvrdily následující hypotézy: **Pomoc s péčí o vlastní osobu v domově pro seniory dle názorů klientů splňuje jejich požadavky a Nabídka socioterapeutických služeb v domově pro seniory dle názorů klientů odpovídá jejich požadavkům.** Samozřejmě, empirické výsledky výzkumu nemohly plně zohlednit idividuální postoje a potřeby všech jednotlivých seniorů v domově. Každý z nich má jistě své celoživotní návyky, které nutně v důsledku změny prostředí a odchodu do domova pro seniory musí změnit a pocítit takovou změnu. Cílem by mělo být to, aby taková změna nebyla pro seniora stresující, demotivující či dokonce škodlivá. Naopak by jej mohla motivovat k větší sebeaktivizaci a měla by vést k tomu, že se senior cítí potřebný a je zachována jeho sebeúcta a důstojnost. Zde je pak nezbytný jednak vysoce odborný a jednak empatický přístup personálu, který o seniory pečuje. Proto se další hypotézy zabývaly názorem samotného personálu na to, zda **nabídka socioterapeutických služeb v domově pro seniory z pohledu personálu splňuje požadavky klientů** a dále, zda **podmínky pro další vzdělávání pracovníků domova pro seniory jsou dle názoru personálu příhodné.** Co se týče třetí hypotézy

týkající se názoru personálu na nabídku socioterapeutických služeb v domově, nebyl zde potvrzen předpoklad, že ji personál bude považovat za dostačující. Zde se rozchází názor personálu a samotných seniorů, kteří úroveň a nabídku služeb hodnotili převážně kladně. To svědčí o tom, že pracovníci domova pro seniory chtějí poskytovat pestřejší a kvalitnější služby, ale problém spatřují často v nedostatku času pro takový rozsah poskytovaných služeb, nedostatek personálu a také finančních možností domova pro seniory, který je rozpočtově limitován. Zatímco klienti samotní jsou často lidé s poměrně nenáročnými požadavky, jsou vychováni ve skromných poměrech a roli hraje věk samotný, personál domova pro seniory by rád kvalitu služeb zajistil ve vyšší míře. Pravděpodobně to může souviset i s tím, že personál je spokojen s úrovní dalšího vzdělávání, kde právě získává další vědomosti a poznatky o tom, jakým způsobem lze kvalitní péči poskytovat. V souvislosti s tím byla stanovena i poslední jmenovaná hypotéza, že podmínky pro další vzdělávání pracovníků v rámci domova jsou dle názoru personálu příhodné. Ta se potvrdila. I přesto však byly zaznamenány názory, že by bylo vhodné zlepšit podmínky pro další vzdělávání zejména v tom, že by se zaměřilo i na dosud poněkud opomíjené oblasti. Mezi nimi se jedná především o oblast poznání a vypořádání se s problematikou psychických poruch ve stáří, ať již se jedná o stařeckou demenci, Alzheimerovu chorobu a další, které prokazatelně souvisejí se stále zvyšujícím se věkem dožití seniorů.

Myslím si, že v této práci jsem popsala a vyhodnotila podstatné oblasti péče o seniory a zjistila jsem, že ačkoli úroveň zdravotních a sociálních služeb poskytovaných seniorům je poměrně dobrá, je stále co zlepšovat. Práce s lidmi je velmi náročná, jak na odborné znalosti, tak na prosté lidské schopnosti. Umožněním co nejlepšího zázemí pro poskytování těchto služeb ošetřujícímu personálu (když zázemím myslím i další vzdělávání) lze dosáhnout potřebné odborné kvality. Pro naplnění plnohodnotného života seniorů je však potřebná také větší nabídka služeb v domově pro seniory, která pak díky větší pestrosti může uspokojit více individualit a pomoci jim vést lepší a pestřejší život. Ten je pak základem pro spokojenost seniora a také může předcházet zdravotním a psychickým problémům díky větší míře kvalitních podnětů.

Moje bakalářská práce může posloužit jako ukázka péče poskytované seniorům v zahraničí, konkrétně v Rakousku. Práci je možné také využít jako inspirativní materiál pro zdejší poskytovatele sociálních služeb pro seniory, který navíc může být impulsem pro zahájení přeshraniční spolupráce v rámci Euroregionu Silva Nortica.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. Postavení laických pečovatelů v péči o seniora. *Kontakt*. 2006, roč. 8 č. 2, s. 235-236. ISSN 0049-0962
2. BIENSTEIN, CH., FROHLICH, A. *Basale Stimulation in der Pflege*. 4. vyd. Dusseldorf: Kallmeyer Verlag, 2007. 256 s. ISBN 978-3-7800-4001-5
3. BOHM, E. *Ist heute Montag oder Dezember*. 8. vyd. Bonn: Psychiatrie-Verlag. 2003. 199 s. ISBN 3-88414-062-0.
4. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 - Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.0 (2004) [online]. c 1999-2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004 [cit. 15. 4. 2008]. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>.
5. BUNDESKANZLERAMT DER REPUBLIK OSTERREICH. *Landesrecht Oberosterreich, RIS-rechtsinformationssystem*. [online]. Poslední aktualizace 2008. [cit. 2008-03-05]. Dostupné z: <http://www.ris2.bka.gv.at/Dokument.wxe?>
6. CITRON, I. *Kinestetik-Komunikatives Bewegungslernen*. 2. vyd. Stuttgart: Georg Time Verlag, 2004. 184 s. ISBN 3-13-111862-8.
7. FEIL, N. *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirten alten Menschen*. 5. vyd. Munchen: Reinhardt Verlag, 2007. 264 s. ISBN 3-497-01914-4.
8. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
9. GAVORA, J. *Výzkumné metody v pedagogice – příručka pro studenty, učitele a výzkumné pracovníky*. 1. vyd. Brno: Paidá, 1996. 130 s. ISBN 80-85931-15-X.
10. HAICL, M. a kol. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Průvodce poskytovatele. Praha: Ministerstvo práce a sociálních

- věcí, 2002. 112 s. ISBN 80-86552-45-4. Posl. Aktualizace 2006-05-01.
[online] [cit.2008-04-02]. Dostupné z:
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1459/pruvodce.pdf>
11. HASENOHRL, G. *Zahlen und Fakten* [online]. Amt der Oo. Landesregierung [cit 2008-04-17]
Dostupné z:http://www.landoberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID3DCFCFC3F38EAF38/ooe/hs.xsl/12136_DEU_HTML.htm
 12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1 vyd. Praha: Panorama. 1990. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
 13. HENDL, J. *Kvalitní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál. 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
 14. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Studijní materiál v rámci projektu Péče 2002 za podpory MZČR. Gema. 2002. 110 s.
 15. *HORNORAKOUSKÝ ZÁKON O STÁTNÍ SOCIÁLNÍ PODPOŘE (HSG)*, 1998, §63, odst. 2., v platném znění.
 16. HUBER, J., BUCHACHER, R. *Das Ende des Alterns*. 1. vyd. Berlin: Econ, 2005. 284s. ISBN 3-430-14703-4.
 17. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
 18. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. vyd. Olomouc: Anag. 2005. 303 s. ISBN 80-7263-275-2.
 19. KOREČIC, J. *Pflegestandards Altenpflege*. 4. vyd. Heidelberg: Spring Medizin Verlag, 2005. 429 s. ISBN 3-540-23508-6.
 20. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
 21. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada. 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
 22. MAGISTRAT STADT LINZ. *Burgerservis – Senirenzentrum* [online].

[cit. 2008-03-17]. Dostupné

z:<http://portal.linz.gv.at/Serviceguide/viewChapter.html?>

23. MATOUŠEK, O. Sociální služby. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
24. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
25. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. 138s. ISBN 80-85850-08-7.
26. MUNKOVÁ, G. *Sociální politika v evropských zemích*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. s 198. ISBN 80-246-0780-8.
27. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI, ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Socioterapie (Social therapy)* Posl. aktualizace 2005-10-04 [online] [cit.2008-10-04]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/socioterapie_social_therapy
28. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. In *Medicína a praxe*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA. 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.
29. SBORNÍK KONFERENCE GENERACE 50 plus v České republice. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a Ledax, 2004. 71 s.
30. SCHARB, B. *Spezielle validierende Pflege*. 2. vyd. Wien: Springer-Verlag, 2005. 268 s. ISBN 3-211-83507-5
31. SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: ASPI. 2008. 444 s. ISBN 978-80-7357-316-4.
32. STATISTIK AUSTRIA. Demographische prognosen [online]. Poslední aktualizace: 31.5. 2007, [cit. 2008-03-10] Dostupné z :http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/index.html
33. ŠTILEC, M. *Pohybové- relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd.

- Praha: Karolinum. 2004. 89 s. ISBN 80- 246-0788-3.
34. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
35. TOPOLOVSKÝ, M. et. al. *Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: MPSV ČR, 2004. 60 s. ISBN 80-86878-03-1.
36. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. In Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
37. WALL, G. Amt der Oö. Landesregierung, Úřad sociálního zabezpečení.

8. Klíčová slova

Domov pro seniory

Péče o vlastní osobu

Rakousko

Socioterapie

Stáří

9. Přílohy

1. Dotazník pro seniory (česká verze)
2. Dotazník pro personál (česká verze)
3. Dotazník pro seniory (německá verze)
4. Dotazník pro personál (německá verze)

Příloha č. 1

DOTAZNÍK pro seniory

Dobrý den, jmenuji se Vladimíra Křenková a jsem studentkou třetího ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Provádím výzkum pomocí anonymně vyplněných dotazníků k mé závěrečné bakalářské práci „Zdravotně – sociální služby v domově pro seniory ve městě Linz v Rakousku“

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku a poděkovala za pravdivé údaje.

Děkuji

Vladimíra Křenková

1. Pohlaví: žena muž
2. Věk:
3. Délka pobytu v tomto domově pro seniory.....
4. Kolik dalších klientů s vámi obývá váš pokoj?
.....
5. Označte prosím, v jakých oblastech potřebujete podporu:
 - jsem soběstačný
 - stravování
 - oblékání
 - osobní hygiena
 - úprava zevnějšku
 - vyprazdňování
 - pohyb
6. Domníváte se, že Vám personál věnuje dostatek času při poskytování hygieny?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

7. Jsou respektovány zvláštní potřeby při výběru stravy (různé diety, omezení)?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

8. Pobízí vás personál k tomu, abyste pil (a)?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

9. Domníváte se, že váš pohyb po domově je nějakým způsobem omezen?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne (přejděte na otázku č. 11)
- rozhodně ne (přejděte na otázku č. 11)

10. Pokud ano, uveďte z jakého důvodu

.....

11. Domníváte se, že je ze strany personálu brán dostatečný ohled na vaší potřebu spánku?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

12. Domníváte se, že při projevu bolesti je vždy vyhověno vašim individuálním požadavkům?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

13. Domníváte se, že nabídka volnočasových aktivit v domově je dostatečná?

- rozhodně ano (přejděte na otázku č. 15)
- spíše ano (přejděte na otázku č. 15)
- spíše ne
- rozhodně ne

14. Pokud ne, uveďte které chybí

.....

15. Využíváte těchto nadstandardních služeb?

- Kadeřnictví
- Pedikúra
- Masáže
- Jiné, uveďte.....

16. Tráví s vámi pracovníci čas i po vykonání obvyklé péče?

- spíše ano
- rozhodně ano
- spíše ne
- rozhodně ne

17. Byl s vámi vypracován individuální plán podpory, dle kterého je vám poskytována péče?

- ano
- ne

18. Pokud by jste chtěl (a) více informací či měla připomínky k péči, víte jakým způsobem?

- ano
- ne

19. Stěžovala jste si v uplynulém roce na kvalitu poskytované péče?

- ano
- ne (přejděte na otázku č. 21)

20. Pokud ano, bylo vaší žádosti vyhověno?

- ano
- ne

21. Zajímal se někdo z pracovníků o váš názor na kvalitu poskytované péče?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

22. Vyhovuje vám uspořádání denního režimu v domově?

- rozhodně ano (přejděte na otázku č. 24)
- spíše ano (přejděte na otázku č. 24)
- spíše ne
- rozhodně ne

23. Pokud ne, uveďte proč

.....

24. Víte, jak se podílíte na úhradě péče, která je Vám v domově poskytována?

- ano
- ne (přejděte na otázku č. 26)

25. Pokud ano, prosím uveďte jak

.....

26. Podílí se vaše rodina na úhradě péče, která je Vám v domově poskytována?

- ano
- ne

27. Jste spokojený s pobytem v domově pro seniory?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

Příloha č. 2

FRAGEBOGEN für Senioren

Guten Tag, ich heiße Vladimíra Křenková und bin Studentin des dritten Lehrgangs an der Gesundheitssozialen Fakultät der Südböhmischen Universität in Budweis, Fachbereich Rehabilitations - Psychosoziale Fürsorge für Behinderte Kinder, Erwachsene und alte Leute. Ich betreibe die Forschung mittels der anonym ausgefüllten Fragebögen zu meiner Bakkalaureatarbeit „*Gesundheitssoziale Dienstleistungen im Seniorenheim in der Stadt Linz in Österreich*“.

Ich möchte Sie um die Ausfüllung des Fragebogens bitten und für wahre Angaben danken.

Vielen Dank

Vladimíra Křenková

1. Geschlecht: Frau Mann
2. Alter:
3. Aufenthaltsdauer in diesem Seniorenheim
4. Wie viel weitere Klienten wohnen mit Ihnen in Ihrem Zimmer?
.....
5. Kennzeichnen Sie, bitte, in welchen Gebieten Sie die Unterstützung brauchen:
 - Ich bin selbständig
 - Nahrungsaufnahme
 - An – auskleiden
 - Körperpflege
 - Pflege für Äussere
 - Auscheiden
 - Bewegung

6. Sind Sie der Meinung, dass sich das Personal genug Zeit für Ihre Hygiene nimmt?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nicht

7. Werden die Sonderbedürfnisse bei der Nahrungsauswahl respektiert (verschiedene Diäten, Beschränkungen)?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nicht

8. Regt Sie das Personal zum Trinken an?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nicht

9. Sind Sie der Meinung, dass Ihre Bewegung im Heim irgendwie begrenzt ist?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein (gehen Sie zur Frage Nr. 11)
- ganz bestimmt nicht (gehen Sie zur Frage Nr. 11)

10. Wenn ja, aus welchem Grund

.....

11. Sind Sie der Meinung, dass seitens des Personals genügend Rücksicht auf Ihren Schlafbedarf genommen wird?

- ganz bestimmt ja
- eher ja

- eher nein
- ganz bestimmt nicht

12. Sind Sie der Meinung, dass bei der Schmerzäußerung immer Ihre individueller Bedarf erfüllt wird?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nicht

13. Sind Sie der Meinung, dass das Angebot an Freizeitaktivitäten im Heim ausreichend ist?

- ganz bestimmt ja (gehen Sie zur Frage Nr. 15)
- eher ja (gehen Sie zur Frage Nr. 15)
- eher nein
- ganz bestimmt nicht

14. Wenn nein, geben Sie an, welche Aktivitäten fehlen

.....

15. Nutzen Sie folgende Standardleistungen?

- Friseurstube
- Pediküre
- Massagen
- Andere, geben Sie an

16. Verbringt das Personal auch nach der Ausübung der üblichen Pflege Zeit mit Ihnen?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nicht

17. Wurde mit Ihnen ein individueller Unterstützungsplan ausgearbeitet, gemäß dem Ihnen die Pflege geleistet wird?

- ja
- nein

18. Wenn Sie mehrere Informationen wollen oder Einwendungen zur Pflege haben, wissen Sie, an wen Sie sich wenden können?

- ja
- nein

19. Haben Sie sich im vergangenen Jahr über die Qualität der geleisteten Pflege beschwert?

- ja
- nein (gehen Sie zur Frage Nr. 21)

20. Wenn ja, wurde Ihre Beschwerde berücksichtigt?

- ja
- nein

21. Interessierte sich jemand vom Personal für Ihre Ansicht bezüglich der Qualität der geleisteten Pflege?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nicht

22. Sind Sie mit dem Tagesablauf im Heim zufrieden?

- ganz bestimmt ja (gehen Sie zur Frage Nr. 24)
- eher ja (gehen Sie zur Frage Nr. 24)
- eher nein
- ganz bestimmt nicht

23. Wenn nein, geben Sie an, warum

.....

24. Wissen Sie, wie Sie sich an der Bezahlung der Pflege beteiligen, die Ihnen im Heim geleistet wird?

- ja
- nein (gehen Sie zur Frage Nr. 26)

25. Wenn ja, geben Sie bitte an wie

.....

26. Beteiligt sich Ihre Familie an der Bezahlung der Pflege die Ihnen im Heim geleistet wird?

- ja
- nein

27. Sind Sie mit dem Aufenthalt im Seniorenheim zufrieden?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nicht
- ich weiß nicht

Příloha č. 3

DOTAZNÍK pro personál

Dobrý den, jmenuji se Vladimíra Křenková a jsem studentkou třetího ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Rehabilitační- psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Provádím výzkum pomocí anonymně vyplněných dotazníků k mé závěrečné bakalářské práci „Zdravotně – sociální služby v domově pro seniory ve městě Linz v Rakousku“

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku a poděkovala za pravdivé údaje.

Děkuji

Vladimíra Křenková

1. Pohlaví: žena muž

2. Jak dlouho pracujete v tomto domově pro seniory?

.....

3. Jste s prací v domově pro seniory spokojeni?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

4. Kde získáváte nové informace z oblasti, ve které pracujete?

- Odborné semináře
- Odborná literatura
- Média
- Praxe

- Jiné zdroje.....

5. Zúčastnil (a) jste se v posledním roce semináře?

- Bazální stimulace
- Kinestetiky
- Validace
- Jiné.....

6. Jste spokojen (a) s dalším vzděláváním v rámci domova pro seniory?

- rozhodně ano (přejděte na otázku č. 8)
- spíše ano (přejděte na otázku č. 8)
- spíše ne
- rozhodně ne

7. Pokud ne, uveďte které chybí

.....

8. Jak často se setkává váš pracovní tým?

- 1krát za měsíc
- 2krát za měsíc
- vícekrát měsíčně
- tým se nesetkává

9. Domníváte se, že pomoc s péčí o vlastní osobu odpovídá potřebám seniorů?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

10. Domníváte se, že jsou dostatečně respektovány potřeby seniorů se speciálními požadavky při výběru stravy?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

11. Domníváte se, že vybavení domova odpovídá potřebám seniorů s omezenou mobilitou?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

12. Domníváte se, že nabídka kompenzačních pomůcek používaných v domově odpovídá potřebám seniorů?

- rozhodně ano (přejděte na otázku č.14)
- spíše ano (přejděte na otázku č.14)
- spíše ne
- rozhodně ne

13. Pokud ne, uveďte které chybí

.....

14. Domníváte se, že při výměně inkontinentních plen je dbáno na individuální potřeby klienta?

- rozhodně ano (přejděte na otázku č.16)
- spíše ano (přejděte na otázku č.16)
- spíše ne
- rozhodně ne

15. Pokud ne, uveďte proč

.....

16. Domníváte se, že uspokojování potřeb seniorů být bez bolesti je věnován dostatek péče?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

17. Domníváte se, že uspořádání denního režimu v domově odpovídá potřebám seniorů?

- rozhodně ano (přejděte na otázku č.19)
- spíše ano (přejděte na otázku č.19)
- spíše ne
- rozhodně ne

18. Pokud ne, uveďte proč

.....

19. Domníváte se, že sociální kontakt ve vašem domově odpovídá potřebám seniorů?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

20. Domníváte se, že je seniorům při poskytování péče zajištěno jejich soukromý?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

21. Domníváte se, že nabídka volnočasových aktivit odpovídá potřebám seniorů?

- rozhodně ano (přejděte na otázku č.23)
- spíše ano (přejděte na otázku č.23)
- spíše ne

- rozhodně ne

22. Pokud ne, uveďte které chybí

.....

23. Máte dostatek času pro plnění individuálních přání klientů?

- rozhodně ano (přejděte na otázku č.25)
- spíše ano (přejděte na otázku č.25)
- spíše ne
- rozhodně ne

24. Pokud ne, uveďte proč

.....

25. Zajímáte se o názor seniorů na Vámi vykonávanou péči?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

26. Co pro vás znamená pojem „spokojený klient“?

.....

Příloha č. 4

FRAGEBOGEN für das Personal

Guten Tag, ich heiße Vladimíra Křenková und bin Studentin des dritten Lehrgangs an der Gesundheitssozialen Fakultät der Südböhmischen Universität in Budweis, Fachbereich Rehabilitations-Psychosoziale Fürsorge für Behinderte Kinder, Erwachsene und alte Leute. Ich betreibe die Forschung mittels der anonym ausgefüllten Fragebögen zu meiner Bakkalaureatarbeit „*Gesundheitssoziale Dienstleistungen im Seniorenheim in der Stadt Linz in Österreich*“.

Ich möchte Sie um die Ausfüllung des Fragebogens bitten und für wahre Angaben danken.

Vielen Dank

Vladimíra Křenková

1. Geschlecht: Frau Mann

2. Wie lange arbeiten Sie in diesem Seniorenheim?
.....

3. Sind Sie mit der Arbeit im Seniorenheim zufrieden?
 - ganz bestimmt ja
 - eher ja
 - eher nein
 - ganz bestimmt nein

4. Wo holen Sie Informationen über den Fachbereich, in welchem Sie arbeiten, ein?
 - Fachseminare
 - Fachliteratur
 - Medien

- Praxis
- Andere Quellen

5. Haben Sie im letzten Jahr am Seminar teilgenommen?

- Basalstimulation
- Kinästhetik
- Validierung
- andere

6. Sind Sie mit der Weiterbildung im Rahmen des Seniorenheims zufrieden?

- ganz bestimmt ja (gehen Sie zur Frage Nr. 8)
- eher ja (gehen Sie zur Frage Nr. 8)
- eher nein
- ganz bestimmt nein

7. Wenn nein, geben Sie an, welche Ausbildungen fehlen

.....

8. Wie oft trifft sich Ihr Arbeitsteam ?

- 1x pro Monat
- 2x pro Monat
- mehrmals pro Monat
- das Team trifft sich nicht zusammen

9. Sind Sie der Meinung, dass den Senioren genug Zeit für die Pflege gewidmet wird?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nein

10. Vermuten Sie, dass die Senioren für die Verpflegung genug Zeit haben?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nein

11. Vermuten Sie, dass die Ausstattung des Heims die Bedürfnisse der Senioren mit beschränkter Mobilität erfüllt?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nein

12. Sind Sie der Meinung, dass das Angebot über die im Heim angewandten Kompensationsmittel die Bedürfnisse der Senioren erfüllt?

- ganz bestimmt ja (gehen Sie zur Frage Nr. 14)
- eher ja (gehen Sie zur Frage Nr. 14)
- eher nein
- ganz bestimmt nein

13. Wenn nein, geben Sie an, welche Mittel fehlen

.....

14. Sind Sie der Meinung, dass beim Austausch der Inkontinenzwindeln individuelle Bedürfnisse des Klienten beachtet werden?

- ganz bestimmt ja (gehen Sie zur Frage Nr. 16)
- eher ja (gehen Sie zur Frage Nr. 16)
- eher nein
- ganz bestimmt nein

19. Wenn nein, geben Sie an, warum

.....

16. Sind Sie der Meinung, dass der Wunsch der Senioren, schmerzlos zu sein, befriedigt wird?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nein

17. Sind Sie der Meinung, dass das Tagesablauf den Bedürfnissen der Senioren entgegenkommt?

- ganz bestimmt ja (gehen Sie zur Frage Nr. 19)
- eher ja (gehen Sie zur Frage Nr. 19)
- eher nein
- ganz bestimmt nein

18. Wenn nein, geben Sie, bitte, warum

.....

19. Sind Sie der Meinung, dass der soziale Kontakt in Ihrem Heim die Bedürfnisse der Senioren erfüllt?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nein

20. Sind Sie der Meinung, dass die Intimsphäre der Senioren sichergestellt ist?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nein

21. Sind Sie der Meinung, dass das Angebot über Freizeitaktivitäten den Bedürfnissen der Senioren entspricht?

- ganz bestimmt ja (gehen Sie zur Frage Nr. 23)
- eher ja (gehen Sie zur Frage Nr. 23)
- eher nein
- ganz bestimmt nein

22. Wenn nein, geben Sie bitte an, welche Aktivitäten fehlen

.....

23. Haben Sie genug Zeit zur Erfüllung der individuellen Klientenwünsche?

- ganz bestimmt ja (gehen Sie zur Frage Nr. 25)
- eher ja (gehen Sie zur Frage Nr. 25)
- eher nein
- ganz bestimmt nein

24. Wenn nein, geben Sie, bitte, warum

.....

25. Ist Ihnen die Meinung der Senioren in Bezug auf die Pflege wichtig?

- ganz bestimmt ja
- eher ja
- eher nein
- ganz bestimmt nein

26. Was bedeutet für Sie der Begriff „zufriedener Klient“?

.....